

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“Paziente geriatrico affetto da disturbo depressivo:
prevenzione e gestione infermieristica delle condotte
autolesive”**

Relatore:

Prof. a c. Raspatella Emanuele

Laureanda: **Sirigu Elena**

Matricola: 1229674

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Problema: Gli anziani sono il segmento che presenta una più rapida crescita all'interno della popolazione mondiale (Dines, Hu, & Sajatovic, 2014). Con il progredire dell'età, la sintomatologia depressiva incide fortemente sulla vita del paziente e spesso viene sottovalutata collegandosi a un aumento del rischio suicidario e a un peggioramento dello stato di salute (Lohman, Raue, Greenberg & Bruce, 2016). La sintomatologia depressiva è spesso trascurata e non trattata perché si verifica in concomitanza con altri problemi incontrati dagli anziani (WHO, 2017). Il disturbo depressivo è associato infatti a un aumento del rischio di morbidità, aumento del rischio di suicidio, diminuzione del funzionamento fisico, cognitivo e sociale e maggiore negligenza verso sé stessi, tutti a loro volta associati ad un aumento della mortalità (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Il fenomeno suicidario è ampiamente riconosciuto come un grave problema di salute pubblica e attualmente è la quindicesima causa di morte più comune al mondo. (Dennis, Thomas, Okolie, & John 2017). La figura infermieristica riveste un ruolo molto importante nel monitoraggio e nella gestione clinica delle persone che sono a rischio di commettere agiti autolesivi. È necessario individuare evidenze scientifiche e modalità d'azione che possano guidare la pratica clinica riducendo il rischio suicidario.

Scopo: L'obiettivo della revisione di letteratura è l'individuazione degli interventi dotati di efficacia secondo le evidenze riguardo l'accertamento e il monitoraggio efficaci nel paziente in età geriatrica affetto da disturbo depressivo, con il fine di evitare che si verificano condotte autolesive, riconoscendole precocemente.

Campione: Il campione comprende i pazienti in età geriatrica con età maggiore di 65 anni affetti da disturbo depressivo che accedono ai servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali.

Metodi e strumenti: Si è proceduto ricercando articoli che valutassero le metodologie per prevenire il suicidio nelle persone con età > 65 anni affette da disturbo depressivo. Sono state consultate anche banche dati quali Pubmed, Medline, CINAHL, Scopus, APA PsycInfo. Sono stati selezionati studi con full-text in un range temporale di 10 anni (2012-2022). La ricerca è stata condotta usando termini liberi e MeSH-Terms.

Risultati: Dagli studi è emerso che per poter prevenire le condotte autolesive nei pazienti geriatrici affetti da disturbo depressivo è fondamentale prima di tutto che il

disturbo depressivo venga diagnosticato e trattato. In seguito, è necessario che venga condotta una valutazione attraverso l'utilizzo di scale validate e colloqui clinici strutturati. Un attento accertamento permette di indagare i fattori di rischio e i fattori protettivi. Gli infermieri devono monitorare attentamente i comportamenti del paziente per identificare cambiamenti comportamentali che possono essere premonitori di un agito autolesivo. Il monitoraggio può essere condotto con follow-up e con colloqui telefonici periodici. I familiari hanno un ruolo fondamentale soprattutto in età geriatrica nella gestione clinica del paziente. Devono essere educati a conoscere la patologia depressiva e riconoscere precocemente il rischio che si verifichino agiti autolesivi. Durante una crisi suicidaria o nel momento in cui vengono messi in atto agiti autolesivi, è necessario valutare la necessità di un ricovero ospedaliero o day hospital, riducendo l'accesso ai mezzi letali sia a domicilio che all'interno della struttura ospedaliera.

Conclusioni: La tragedia del suicidio è spesso prevenibile. L'identificazione dei fattori di rischio e lo screening per sono approcci efficaci per ridurre le morti per suicidio negli anziani (Wasserman et al., 2012). Con una maggiore ricerca e attenzione clinica allo screening e al trattamento è possibile ridurre i tassi dei comportamenti autolesivi e gli esiti negativi per la salute ad essi associati.

PAROLE CHIAVE: disturbo depressivo, paziente geriatrico, condotte autolesive, prevenzione, interventi.

KEY WORDS: depressive disorder, geriatric patient, self-injurious behavior, prevention, interventions.

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	Pag. 3
CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	
1.1- Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	Pag. 5
1.2- Gli obiettivi dello studio	Pag. 7
1.3-Quesiti di ricerca	Pag. 7
CAPITOLO II: TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO	
2.1- I disturbo depressivo	Pag.9
2.2- I comportamenti suicidari	Pag.12
2.3 -L'età geriatrica	Pag.13
2.3.1 -Il disturbo depressivo in età geriatrica	Pag.14
2.3.2- I comportamenti suicidari in età geriatrica	Pag.15
CAPITOLO III: MATERIALI E METODI	
3.1 - Criteri di selezione degli studi	Pag.17
3.2 - Strategie di ricerca per individuare gli studi	Pag.17
3.3 - Selezione degli studi	Pag.18
3.4 - Descrizione degli studi inclusi nella revisione	Pag.19
3.5 -Descrizione degli studi esclusi	Pag.23
3.5.1-Motivazioni che hanno portato all'esclusione degli studi	Pag.23
CAPITOLO IV: RISULTATI	
4.1- Risultati	Pag.27
CAPITOLO V: DISCUSSIONE	
5.1- Discussione	Pag.41
5.2- Limiti dello studio	Pag.43
CAPITOLO VI : CONCLUSIONI	
6.1- Conclusioni	Pag.45
6.1.1- Implicazioni per la pratica clinica	Pag.45
6.1.2- Implicazioni per la ricerca	Pag.47
BIBLIOGRAFIA	Pag.49
SITOGRAFIA	Pag.55

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il disturbo depressivo è una patologia caratterizzata da mancanza di interesse e/o piacere per attività precedentemente gratificanti e tristezza persistente. Il disturbo depressivo coinvolge il 7% della popolazione anziana a livello mondiale e può causare grandi sofferenze e un'alterazione del funzionamento personale, familiare, sociale e lavorativo. L'OMS afferma che questa patologia talvolta è spesso sotto-diagnosticata e sotto-trattata perché si verifica in concomitanza con altre problematiche che insorgono con l'anzianità, come ad esempio ridotta mobilità, dolore cronico, fragilità, problemi di salute cronici che richiedono una forma di assistenza a lungo termine. L'OMS ha dichiarato infatti che questi fattori di stress possono provocare isolamento, solitudine o disagio psicologico: la salute mentale ha un impatto sulla salute fisica e viceversa. L'attualità della problematica è data dall'aumento dell'aspettativa di vita e dall'invecchiamento della popolazione (Lehmann, Hemming & Meriden, 2017). La Divisione Popolazione delle Nazioni Unite (ONU) ha previsto un aumento della popolazione geriatrica (60 anni e oltre) da 800 milioni che rappresentano l'11% della popolazione generale, a 2 miliardi, ovvero il 22% della popolazione entro l'anno 2050 (Fuster, 2017). Le persone che rientrano all'interno di questa fascia d'età possono essere considerate per numerosi motivi "fragili" a causa delle patologie concomitanti. I disturbi psichiatrici contribuiscono inesorabilmente alla diminuzione della capacità funzionale e della qualità della vita nell'anziano. Tra questi, spicca la depressione come malattia ad alta frequenza a livello mondiale. (Matias, Fonsêca, Gomes & Matos, 2016). Inoltre, i disturbi psichiatrici rappresentano un fattore di rischio che contribuisce al suicidio negli anziani. (Holm, Salemonsén, & Severinsson, 2021). Il suicidio in tarda età è da intendersi come una complessa combinazione di effetti interattivi in cui i disturbi dell'umore assumono un ruolo centrale. Il personale infermieristico deve essere in grado di identificare gli anziani che sono a rischio suicidio. I sottogruppi a maggiore rischio includono quelli affetti da patologie depressive, precedenti tentativi di suicidio, malattie fisiche e coloro che sono socialmente isolati (Garand, Mitchell, Dietrick, Hijjawi & Pan, 2006). Le strategie di prevenzione del suicidio in ambito clinico si basano su identificazione, valutazione, pianificazione del trattamento e follow-up (Vannoy, Park, Maroney, Unützer, Apeso-

Varan & Hinton, 2018). Data l'attualità della problematica, in relazione all'incremento demografico della popolazione geriatrica, questo lavoro di revisione della letteratura si pone come obiettivo quello di ricercare quali siano gli accertamenti, i monitoraggi e gli interventi dotati di efficacia e dimostrati dalla letteratura scientifica che l'infermiere deve mettere in atto per gestire l'ideazione suicidaria, riconoscere i sintomi depressivi che possono condurre al suicidio e prevenire che si verifichi la comparsa di condotte autolesive.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 - Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la depressione uno dei 4 “giganti della geriatria” insieme alle cadute, incontinenza urinaria e deficit di memoria. L'OMS ha affermato che è una patologia comune in tutto il mondo con una stima del 3,8% della popolazione colpita, di cui il 5,7% tra gli adulti di età superiore ai 60 anni. Secondo le stime dell'OMS il disturbo depressivo a livello mondiale è più comune tra le femmine (5,1%) rispetto ai maschi (3,6%).

Secondo le statistiche Eurostat, nel 2016 il tasso di mortalità standardizzato per autolesionismo intenzionale nell' UE-27 era più alto per le persone di età pari o superiore a 65 anni (17,1 per 100.000 abitanti) rispetto ai giovani (9,2 per 100.000 abitanti).

Secondo il Report dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) su “*Le condizioni di salute della popolazione italiana- Anno 2019*” la patologia mentale più diffusa in Italia è la depressione, associata all'ansietà cronica grave per quasi la metà degli anziani. Nel 2019 l'11,3% degli anziani soffriva di depressione. È netto il divario di genere: tra gli uomini la quota è del 6,7%, tra le donne raddoppia al 14,9% e per le ottantacinquenni supera il 20% contro il 10% degli uomini della stessa età. Sono presenti differenze geografiche che evidenziano una superiorità del Sud Italia rispetto al Nord, dove i tassi di cronicità grave e multi-morbilità sono molto meno elevati, a conferma della forte associazione tra depressione e cronicità. Il divario territoriale si registra per entrambi i generi, ma è più evidente tra gli uomini anziani, con prevalenze molto più elevate nel Mezzogiorno (11,5%) rispetto al Nord (7,4%).

L'ISTAT riporta all'interno dell'Annuario statistico italiano 2021 che la mortalità per suicidio cresce con l'età con un tasso di 9,8 su 100 mila abitanti per le persone di oltre sessantacinque anni, sei volte più alta della classe più giovane. Distinguendo per genere, si conferma l'andamento crescente all'aumentare dell'età e il tasso più alto è raggiunto dagli uomini più anziani con 17,5 suicidi ogni 100 mila abitanti. Il disturbo depressivo viene definito come una delle principali ragioni di suicidio nell'età geriatrica (Obuobi-Donkor, Nkire, & Agyapong, 2021).

Il PASSI d'Argento (PdA) è un sistema di sorveglianza che si concretizza con un'indagine periodica nazionale sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione

dei servizi nella terza età (persone con età superiore a 65 anni), amministrato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Secondo i dati raccolti da PdA nel quadriennio 2017-2020 si stima che 13 ultrasessantacinquenni su 100 soffrano di sintomi depressivi e percepiscono come compromesso il loro benessere psicologico per una media di 19 giorni nel mese precedente all'intervista. Una discreta quota di persone con sintomi depressivi (28%) non chiede aiuto, mentre chi lo fa si rivolge ai propri familiari/amici (23%) o a un medico operatore sanitario (16%) e nella maggior parte dei casi (33%) a entrambi, medici e persone care. Gli anziani affetti da patologia depressiva talvolta, possono non esprimere la loro tristezza tendendo spesso a somatizzare i loro disturbi, il che rende difficile individuare le persone a rischio di comportamenti autolesivi. Talvolta i sintomi di disagio psichico dovuti alla patologia depressiva si sovrappongono a quelli della comorbidità fisica, rendendo difficili diagnosi differenziali (Obuobi-Donkor, Nkire, & Agyapong, 2021).

La problematica relativa al suicidio in tarda età è caratterizzata anche da fattori di rischio differenti rispetto a quelli delle età precedenti, che si associano ai cambiamenti della vita dovuti al processo di invecchiamento. Nonostante alcuni anziani mantengano stili di vita altamente funzionali, altri possono sviluppare problematiche di salute mentale legati anche allo stress, alle perdite sensoriali, al declino dello stato funzionale e all'isolamento sociale. Inoltre, in tarda età si possono verificare anche numerose perdite: perdita del lavoro, di persone significative (un coniuge, fratelli e amici), di un ruolo sociale, della salute, forza e agilità, della libertà personale, declino della stabilità economica, trasloco dalla propria casa. Tali perdite si associano allo sviluppo della depressione e incrementano il rischio di suicidio (Butcher & Ingram, 2018).

All'interno dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) l'infermiere riveste un ruolo importante nel coordinamento delle cure con i medici e/o gli specialisti dei pazienti, nella gestione degli effetti avversi e dell'aderenza alla terapia farmacologica, nell'educazione del paziente e della famiglia e nell'assistenza nella definizione di obiettivi funzionali e comportamentali a breve termine (Lohman, Raue, Greenberg & Bruce, 2016).

È dunque fondamentale che gli infermieri valutino adeguatamente gli anziani per individuare precocemente il rischio suicidio e attuare misure di prevenzione per ridurlo (Butcher & Ingram 2018). L'implementazione dei modelli di trattamento della

depressione e prevenzione del suicidio offre un'opportunità per ridurre il numero di suicidi negli anziani (Carlson & Ong, 2014).

1.2 -Gli obbiettivi dello studio

Questo lavoro di tesi ha come obbiettivo quello di individuare quali siano gli interventi dotati di efficacia secondo le evidenze scientifiche riguardo l'accertamento e il monitoraggio efficaci nel paziente geriatrico affetto da disturbo depressivo, con il fine di evitare che si verificano condotte autolesive, riconoscendole precocemente.

1.3 -Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto all'obbiettivo precedentemente posto, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- Quale monitoraggio e/o accertamento deve essere condotto per prevenire la comparsa di condotte autolesive?
- Quali sono i segnali che l'infermiere deve saper riconoscere per prevenire la comparsa di eventi dannosi per il paziente?
- Quali interventi dotati di efficacia sono consigliati in letteratura?

CAPITOLO II: TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1- Il disturbo depressivo.

La depressione è un disturbo dell'umore comune (a livello mondiale si stima infatti che il 5% degli adulti soffra di questo disturbo) che si manifesta con umore depresso, perdita di interesse o piacere, diminuzione dell'energia, sensi di colpa o scarsa autostima, sonno o appetito disturbati e scarsa concentrazione. Inoltre, la depressione è spesso accompagnata da sintomi di ansia. Questi problemi possono diventare cronici o ricorrenti e portare a sostanziali menomazioni nella capacità di un individuo di prendersi cura delle proprie responsabilità quotidiane. Nel peggiore dei casi, la depressione può portare al suicidio. (WHO,2012)

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V) è un manuale utilizzato per la diagnosi in ambito psichiatrico redatto dall'American Psychiatric Association. Il DSM-V include tra i disturbi depressivi: il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo depressivo (che include l'episodio depressivo maggiore), il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, il disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica, il disturbo depressivo con altra specificazione e disturbo depressivo senza specificazione. La caratteristica comune di tutti questi disturbi è la presenza di tono dell'umore deflesso, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo. Le differenze tra essi consistono nella durata, nella distribuzione temporale o nella presunta eziologia. Il disturbo depressivo maggiore rappresenta la condizione classica di questo gruppo di disturbi.

I criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore secondo il DSM-V sono:

- A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi che sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei seguenti sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.
1. Umore depresso, per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo;
 2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni;

3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per esempio un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni;
 4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
 5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni;
 6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni;
 7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, quasi tutti i giorni;
 8. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni;
 9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere il suicidio.
- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;
- C. L'episodio non è attribuibile agli affetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica;
- D. Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizo affettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

Le conseguenze funzionali del disturbo depressivo maggiore derivano dai sintomi individuali. La compromissione può essere molto lieve, al punto che coloro che interagiscono con l'individuo affetto non riconoscono la presenza di sintomi depressivi. La compromissione può, tuttavia, variare fino alla completa inabilità, al punto che l'individuo depresso è spesso incapace di far fronte alle necessità di base per la cura di sé stesso, oppure è muto o catatonico. Tra gli individui osservati nelle strutture di medicina generale, quelli con disturbo depressivo maggiore riferiscono più dolore e malattie fisiche e una maggiore diminuzione del funzionamento fisico, sociale e di ruolo.

Il disturbo depressivo persistente (distimia) rappresenta l'unione del disturbo maggiore cronico e del disturbo distimico definiti nel DSM-IV. Quello che lo caratterizza è un umore depresso presente per la maggior parte del giorno per almeno due anni.

I criteri diagnostici secondo il DSM-V sono:

- A. Umore depresso per la maggior parte della giornata, per più giorni, come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione di altri, per almeno 2 anni.
- B. Presenza, mentre si è depressi, di due (o più) dei seguenti elementi:
 - 1. Scarso appetito o eccesso di cibo;
 - 2. Insonnia o ipersonnia;
 - 3. Bassa energia o affaticamento;
 - 4. Bassa autostima;
 - 5. Scarsa concentrazione o difficoltà a prendere decisioni;
 - 6. Sentimenti di disperazione.
- C. Durante il periodo di 2 anni (1 anno per bambini o adolescenti) del disturbo, l'individuo non è mai stato senza i sintomi nei Criteri A e B per più di 2 mesi a volta;
- D. I criteri per un disturbo depressivo maggiore possono essere continui o presenti da due anni;
- E. Non c'è mai stato un episodio maniaco o ipomaniaco;
- F. Il disturbo non è meglio spiegato da un persistente disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo delirante, o altro spettro schizofrenico specificato o non specificato e altro disturbo psicotico;
- G. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (ad es. una droga di abuso, un farmaco) o un'altra condizione medica (ad esempio, ipotiroidismo);
- H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o menomazione in aree sociali, lavorative o di altro tipo di funzionamento;

La depressione maggiore può precedere il disturbo depressivo persistente ed episodi depressivi maggiori possono verificarsi durante il disturbo.

Uno dei cambiamenti significativi avvenuti nel passaggio dal DSM-IV al DSM-V sta nel fatto che nel DSM-IV e in altre versioni precedenti del manuale le persone che avevano subito una recente perdita e avevano manifestato dolore e sofferenza venivano escluse dalla diagnosi di depressione maggiore (Casey,2017). All'interno del DSM-V uno dei cambiamenti più significativi e controversi è stato la rimozione dell'esclusione del lutto.

All'interno del DSM-V non viene fatta alcuna distinzione all'interno della diagnosi di depressione in base a criteri basati sull'età o sull'invecchiamento.

2.2 - I comportamenti suicidari.

Il National Institute of Mental Health (NIMH) ha definito i concetti di suicidio, tentativo di suicidio e ideazione suicidaria.

- Il suicidio è definito come la morte causata da un comportamento dannoso autodiretto con l'intento di morire a causa del comportamento;
- Il tentativo di suicidio è definito invece come un comportamento non fatale, autodiretto e potenzialmente dannoso con l'intento di morire a causa del comportamento. Un tentativo di suicidio potrebbe non causare lesioni;
- L'ideazione suicidaria invece è definita come il pensare, considerare o pianificare il suicidio.

Per “Comportamento Suicida” si fa riferimento a quella categoria nella quale rientrano persone che hanno intrapreso un comportamento potenzialmente autolesionistico con l'intento finale di morire a causa di tale comportamento. Al contrario, per “Autolesionismo non Suicida” (NSSI) si intende una categoria utilizzata per persone che commettono atti autoinfliggendo al proprio corpo un danno tale da indurre sanguinamento, lividi o dolore (ad esempio pugnatale, bruciature, tagli, percosse) in assenza di intenti suicidari. Ciò che differenzia l'autolesività non suicidaria e il disturbo del comportamento suicidario è la presenza del desiderio di morire come obiettivo dichiarato del comportamento suicidario mentre nell'autolesività non suicidaria il provare sollievo nel compiere l'atto di autoinfliggersi dolore.

L'ideazione suicidaria può essere “attiva” oppure “passiva”. L'ideazione suicidaria “attiva” denota l'esperienza di pensieri suicidi attuali e specifici ed è presente quando c'è un desiderio cosciente di infliggersi comportamenti autolesionistici con il pensiero che la morte avvenga di conseguenza. L'ideazione suicidaria “passiva” si riferisce a un desiderio generale di morire in assenza di un piano per commettere l'agito suicidario. L'ideazione suicidaria “passiva” è caratterizzata dall'indifferenza per la morte “accidentale” che si potrebbe verificare qualora non si adottassero le misure idonee per mantenersi in vita (Harmer , Lee, Duong, Abdolreza, Saadabadi, 2022).

2.3 - Età geriatrica.

Ai fini di questa tesi verranno prese a riferimento le definizioni date dall'OMS e dalla Società Italiana di Geriatria (SIGG). L'OMS definisce i 65 anni come età di passaggio, mentre l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) ha individuato i 60 anni. Nel 2018 la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ha dato una nuova definizione dinamica del concetto di anzianità con una soglia tra i 65 anni e il 75 anni. Un'altra metodologia ad oggi utilizzata per parlare delle diverse fasi dell'anzianità è stata la suddivisione in quattro sottogruppi, "giovani anziani" (persone tra i 64 e i 74 anni), anziani (75 – 84 anni), "grandi vecchi" (85 – 99 anni) e centenari (SIGG,2018). L'OMS definisce l'invecchiamento in buona salute come "il processo di sviluppo e mantenimento delle capacità funzionali che consente il benessere in età avanzata".

La capacità funzionale è determinata dalla capacità intrinseca dell'individuo (cioè la combinazione di tutte le capacità fisiche e mentali dell'individuo), dagli ambienti che lui abita (inteso nel senso più ampio e comprensivo di ambienti fisici, sociali e politici) e l'interazione con questi (OMS, 2020).

Condizioni comuni in età avanzata includono perdita dell'udito, cataratta ed errori di rifrazione, dolore alla schiena e al collo e osteoartrite, broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete, depressione e demenza. Quando le persone invecchiano, è più probabile che sperimentino più condizioni contemporaneamente (OMS, 2021).

L'età avanzata è anche caratterizzata dall'emergere di diversi stati di salute complessi comunemente chiamati sindromi geriatriche. Sono spesso la conseguenza di molteplici fattori sottostanti e comprendono fragilità, incontinenza urinaria, cadute, delirio e ulcere da pressione (OMS, 2021).

Quando una patologia insorge nelle persone anziane talvolta essa non colpisce un soggetto nel pieno della sua integrità psicofisica ma un soggetto che si trova in una fase di instabilità omeostatica, quindi anche di vulnerabilità a causa dei processi involutivi della senescenza. Risulta quindi importante porre attenzione al paziente anziano in quanto il confine tra quello che è la senescenza e quello che è da attribuire allo stato di malattia possono risultare un quesito indissolubile. Inoltre, il paziente anziano talvolta non è in grado di discriminare tra i disturbi e limitazioni di cui soffre quelli che dipendono dall'invecchiamento e quelli che dipendono dalla presenza di una patologia. Inoltre, l'anziano vive la patologia come una condizione che lo avvicina

quanto più alla morte, per cui ansia e depressione diventano spesso parte integrante del suo quadro clinico. (Senin, Polidori, Cherubini, Mecocci, 2020)

2.3.1- Il disturbo depressivo in età geriatrica.

La depressione è una delle cause più significative di sofferenza emotiva nella tarda età e può essere un fattore che contribuisce alla morbilità di molti disturbi medici. Il disturbo depressivo negli anziani può essere più persistente di quello che si manifesta nelle prime fasi della vita, spesso con decorso cronico e remittente (Casey,2017).

Attualmente sembra che la metà o più della depressione maggiore geriatrica rappresenti una nuova condizione che insorge nella vecchiaia (chiamata depressione ad esordio tardivo), mentre la metà o meno ha sperimentato il loro primo episodio di depressione considerevolmente prima della vecchiaia (definita come depressione ad esordio precoce) (Fiske , Wetherell, & Gatz, 2009).

Molti fattori contribuiscono alla depressione in tarda età, compresi quelli biologici e psicosociali. La depressione dell'anziano, come la depressione in tutti i gruppi di età, probabilmente deriva da una complessa interazione multidirezionale di fattori biologici, psicologici (inclusa la personalità) e sociali (Aziz & Steffens, 2013). La depressione geriatrica si presenta con una costellazione di sintomi dell'umore, somatici e cognitivi che sono caratteristici della depressione geriatrica rispetto a quella dell'adulto. Le caratteristiche dell'umore includono stanchezza, disperazione, rabbia, ansia e pensieri di morte. Le caratteristiche somatiche includono un aumento del dolore con caratteristiche somatiche sovrapposte, effetti collaterali dei farmaci e comorbidità. Le caratteristiche cognitive includono la perdita di attenzione selettiva, perdita di memoria di lavoro e recupero, perdita della capacità apprendere nozioni nuove, velocità di elaborazione mentale e funzioni esecutive ridotte (Dines, Hu, & Sajatovic, 2014).

Clinicamente la depressione geriatrica può presentarsi con maggior presenza di anedonia, apatia e sintomi esecutivi rispetto a quelli riscontrati nella depressione ad esordio precoce. (Laks, & Engelhardt,2010).

Alcuni gruppi di anziani hanno tassi più elevati di sintomi depressivi. Gli anziani con malattie croniche hanno un tasso del 25% e i residenti nelle case di cura hanno una prevalenza tra il 25% e il 50% (Casey,2017).

Sebbene non faccia parte dei criteri diagnostici, la depressione maggiore in tarda età è spesso associata a cambiamenti del corpo. (Dines, Hu, & Sajatovic, 2014).

Le sindromi depressive in tarda età spesso insorgono nel contesto di disturbi medici e neurologici. Le malattie mediche come ictus, diabete, cancro, malattie polmonari croniche spesso accompagnano la depressione in tarda età. La perdita di peso è spesso associata alla depressione e può contribuire alla vulnerabilità per lo sviluppo di altre patologie. Dunque, l'interazione tra depressione e malattie mediche può essere bidirezionale (Casey, 2017).

La diagnosi di depressione dovuta a una condizione medica generale viene formulata quando si manifestano umore depresso o anedonia in pazienti già diagnosticati con una malattia associata alla depressione (infezioni virali, endocrinopatie, leucemia, linfoma, carcinoma pancreatico, infarto del miocardio, disordini metabolici) (Alexopolus, 2005).

Spesso i sintomi depressivi sono attribuiti erroneamente al processo di invecchiamento o visti come una normale risposta a una perdita o a una malattia. I pazienti anziani possono inoltre concentrarsi sui sintomi fisici associati al disturbo depressivo, con conseguente minimizzazione degli aspetti emotivi della malattia (Casey, 2017).

La depressione clinica non fa parte del normale processo di invecchiamento ma dovrebbe essere considerata una malattia medica curabile, sebbene possa certamente essere associata a problematiche che insorgono con l'invecchiamento come la perdita, il dolore e la malattia fisica (Casey, 2017).

2.3.2- I comportamenti suicidari in età geriatrica.

Il suicidio negli anziani è un problema di salute pubblica in crescita in tutto il mondo e comporta una mortalità significativa e disordini familiari. I pazienti anziani presentano un rischio di suicidio maggiore rispetto ai soggetti più giovani (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019).

Le conseguenze della depressione sono sia un aumento della mortalità per suicidio che per non suicidio. Sebbene l'ideazione suicidaria diminuisca con l'età, è più probabile che pazienti anziani con pensieri suicidi possano effettuare un tentativo di suicidio con maggiori probabilità di morire rispetto alle età più giovani. L'età avanzata è stata associata ad atti autolesivi più determinati e pianificati e con meno avvertimenti di intenti suicidi (Aziz & Steffens 2013).

Nonostante i comportamenti suicidari non sembrano aumentare con l'avanzare dell'età, il tasso di suicidi (riusciti) aumenta drammaticamente (Casey, 2017).

I pazienti anziani presentano alterazioni nell'anatomia, nella fisiologia e nella risposta ai traumi e alle malattie critiche che diminuiscono la probabilità di recupero e di sopravvivenza a un tentativo di suicidio. (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019).

La depressione e l'isolamento sono fattori di rischio cardine per il comportamento suicidario e fattori di rischio coerenti e indipendenti per il comportamento suicida. A questo proposito un fattore di rischio chiave è la depressione non riconosciuta, e quindi non trattata (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019).

La depressione è il disturbo mentale più frequente che precede il suicidio. Gli anziani di età superiore ai 65 anni hanno il tasso di suicidi più alto di qualsiasi gruppo di età, mentre quelli di età superiore a 85 anni hanno un tasso di suicidi due volte la media nazionale. Va ricordato che la malattia fisica è un fattore di stress frequente negli anziani, contribuendo in modo significativo al rischio di suicidio. (Dines, Hu, & Sajatovic, 2014).

Secondo il DSM-V la possibilità di comportamento suicidario è sempre presente durante gli episodi depressivi maggiori. Il fattore di rischio consolidato più coerente è una storia passata di tentativi o minacce di suicidio, ma si deve tenere presente che la maggior parte dei suicidi completati non sono preceduti da altri tentativi. Altre caratteristiche associate a un aumentato rischio di completamento di suicidio includono il sesso maschile, l'essere single o vivere soli e l'aver prevalenti sentimenti di disperazione.

Altri fattori di rischio per il suicidio degli anziani includono la morte del coniuge, la vita da solo, la percezione di un cattivo stato di salute, la mancanza di un confidente, il sonno scarso, il dolore, la disperazione, l'accesso a un'arma da fuoco e altri eventi stressanti della vita (Casey, 2017). L'ideazione suicidaria è un altro fattore rischio per il suicidio negli anziani e quella autoriferita è associata a morte entro un anno (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019).

Il suicidio in età avanzata riceve molta meno attenzione in tutte le sfere della società e si prevede che diventerà un problema crescente perché la nostra società sarà composta sempre più da anziani (Van Orden & Deming, 2018).

CAPITOLO III- MATERIALI E METODI

3.1- Criteri di selezione degli studi.

Disegno di studio: sono state poste delle restrizioni inerenti al disegno di studio. Sono stati selezionati gli studi che trattavano il disturbo depressivo in età geriatrica e la prevenzione dei comportamenti suicidari, escludendo gli studi che associavano qualsiasi tipologia di demenza al disturbo depressivo e al comportamento suicidario. È stata posta un'ulteriore restrizione sulla ricerca in quanto sono stati selezionati articoli in lingua italiana e inglese.

Tipologia di partecipanti: pazienti di età superiore a 65 anni con diagnosi di disturbo depressivo che presentano fattori di rischio per i comportamenti suicidari che accedono ai servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali.

Tipologia di intervento: valutazione del rischio suicidario e interventi volti alla prevenzione del suicidio nei pazienti affetti da disturbo depressivo.

Tipo di outcomes misurati: i criteri di comparazione e valutazione che saranno presi in esame per l'analisi della letteratura saranno gli interventi dotati di efficacia secondo le evidenze scientifiche riguardo l'accertamento, il monitoraggio e gli interventi dotati di efficacia nel paziente geriatrico affetto da disturbo depressivo con il fine di prevenire le condotte autolesive e/o suicidarie.

3.2- Strategie di ricerca per individuare gli studi.

La strategia di ricerca utilizzata per l'individuazione degli studi selezionati è la consultazione delle banche dati scientifiche, in particolare Pubmed, Medline, CINAHL, Scopus, APA PsycInfo. Gli articoli usati per il lavoro di revisione della bibliografia sono stati reperiti nelle banche dati Pubmed e Midline, APA PsycInfo. Per la ricerca sono stati usati sia termini liberi che MeSH Terms. Sono state composte varie stringhe di ricerca. Le stringhe di ricerca usate sono:

- (((suicide) AND (prevention)) AND (screening)) AND (geriatric depression)) NOT (dementia);
- (((suicide assessment) AND (suicidal ideation)) AND (geriatric)) NOT (dementia);

- (nurse on nurse or nursing) AND (interventions or strategies or best practices for treatment of program of management) AND (suicide prevention or suicide reduction or suicide intervention) AND (geriatrics for older adults for elderly for aged or older) NOT dementia NOT adolescent NOT children;
- (((attempted suicide) AND (prevention)) AND (control)) AND (mental health)) AND (patient security);
- ("Suicide/prevention and control"[Mesh]) AND "Evidence-Based Nursing"[Mesh];
- ("Self-Injurious Behavior/diagnosis"[MESH]) AND "Suicide, Attempted/prevention and control"[MESH];
- ("Psychiatric Nursing/methods"[MESH]) AND "Suicide/prevention and control"[MESH].

Sono stati selezionati articoli in lingua inglese che rientrassero nell'arco temporale di 10 anni che va dal 2012 al 2022. Gli articoli esclusi e inclusi nella revisione bibliografica sono stati consultati e reperiti nei database elettronici con data ultima il 29/08/2022.

3.3- Selezione degli studi.

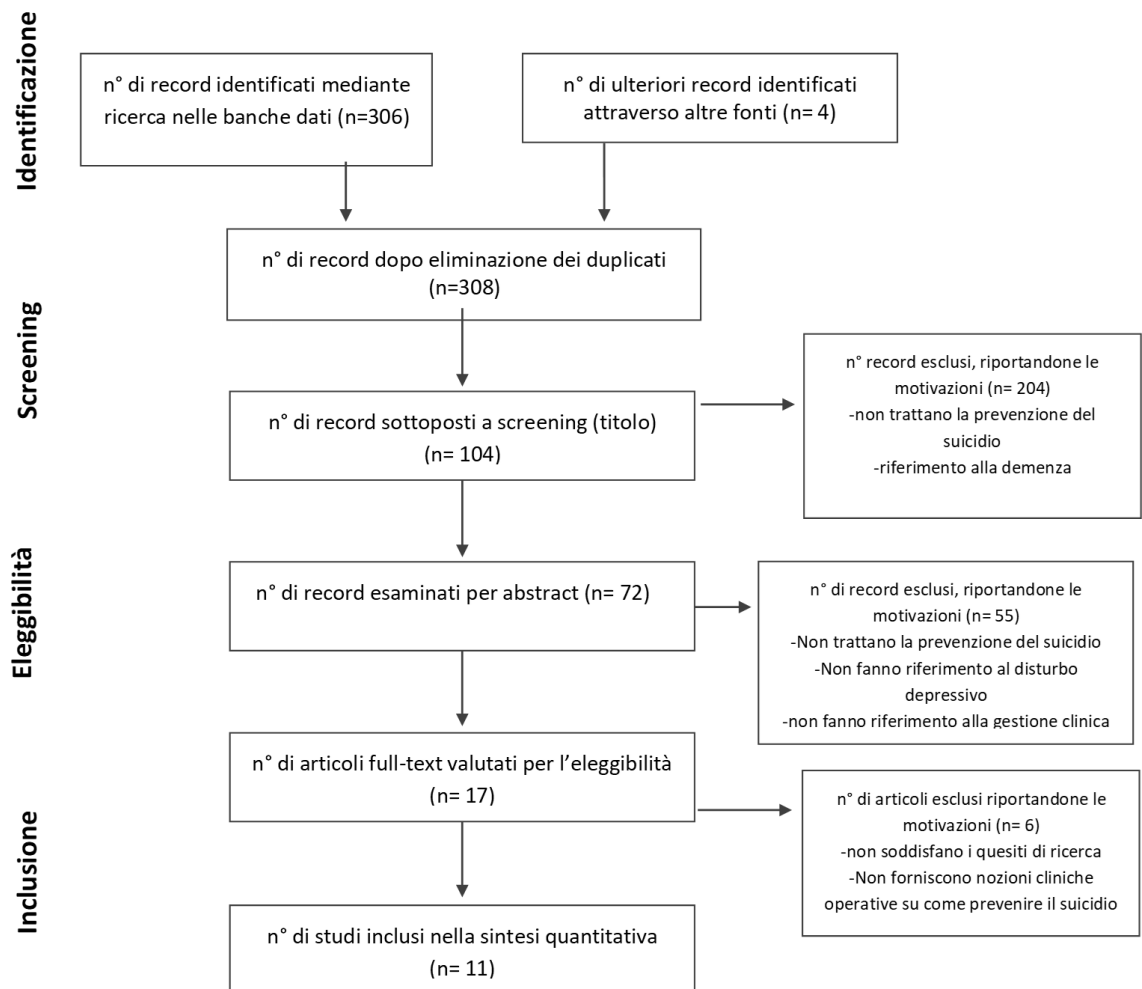
In questo lavoro di revisione della bibliografia sono stati selezionati gli articoli che comprendevano gli elementi fondamentali per poter rispondere ai quesiti di ricerca:

- Quale monitoraggio e/o accertamento deve essere condotto per prevenire la comparsa di condotte autolesive?
- Quali sono i segnali che l'infermiere deve saper riconoscere per prevenire la comparsa di eventi dannosi per il paziente?
- Quali interventi dotati di efficacia sono consigliati in letteratura?

Alcuni studi individuati trattano solamente la valutazione del rischio di suicidio, altri gli interventi da mettere in atto quando un paziente è a rischio suicidario, infine solo un articolo tratta i fattori di rischio per i comportamenti suicidari. La maggior parte della letteratura presente nei database proviene da studi condotti negli Stati Uniti d'America. Dopo la lettura degli articoli full-text dei risultati ottenuti sono stati selezionati 17 articoli, di cui 11 sono stati inclusi nella revisione bibliografica, mentre

6 sono stati esclusi a causa della mancanza degli elementi che erano ritenuti necessari per rispondere ai quesiti precedentemente posti.

Immagine I- Metodo PRISMA Statement. Diagramma di flusso



3.4- Descrizione degli studi inclusi nella revisione.

Per questo lavoro di revisione della letteratura sono stati inclusi 11 studi che sono risultati essere pertinenti e sono stati esaminati all'interno di una tabella di analisi valutativa. (Tabella I)

Tabella I- Studi inclusi nella revisione.

Titolo, Autore, Anno, Paese	Tipo di studio	Campione	Obiettivo	Risultati principali
1. Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014) USA	Revisione di letteratura.	L'articolo esplora criticamente i fattori di rischio per il rischio suicidario.	Analizzare i fattori di rischio per il suicidio e mettere in evidenza le ricerche recenti in materia. Analizzare e descrivere poi gli strumenti di screening standardizzati e gli sviluppi della ricerca sulla valutazione efficace.	È possibile ridurre il rischio di suicidio tramite l'utilizzo di questionari validati, colloqui clinici per determinare in quale area i pazienti tendono a cadere nello spettro della suicidalità e individuazione dei fattori di rischio.
2. Steven E. Brooks, MDa, Sigrid K. Burruss, MDb, Kaushik Mukherjee, MD, MSCIB, (2018) USA	Articolo di discussione	/	Analizzare le strategie per l'individuazione dei pazienti ad alto rischio e dei fattori di rischio.	Per prevenire il suicidio in età geriatrica sia necessario un approccio multidisciplinare: 1.interventi di screening iniziale con rinvio a professionisti della salute mentale e poi in seguito follow up di teleassistenza. 2. Per lo screening possono essere usate la Beck Hopelessness Scale e la Geriatric Depression Scale. 3.Individuazione delle sottopopolazioni a maggiore rischio 4. Individuazione dei fattori di rischio più importanti.
3. Butcher, H. K., & Ingram, T. N. (2018). USA	Linea guida.	/	Individuare le evidenze per individuare le strategie per rendere sicuro l'ambiente nel quale il paziente si trova a vivere. Individuare le prove esistenti che supportano l'importanza del trattamento farmacologico e della	Esecuzione screening annuale e valutazione ogni 6 mesi degli individui che hanno fattori di rischio. Prestare attenzione ai cambiamenti nella vita del paziente, alla variazione del senso di autostima, impotenza e disperazione. Raccogliere informazioni

			terapia cognitivo-comportamentale nella prevenzione del comportamento suicidario.	sull'insorgenza e durata dei sentimenti suicidi per sviluppare un piano di assistenza adeguato.
4. Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V., & European Psychiatric Association. (2012). Svezia	Linea guida.	/	Ricerca le evidenze utili a individuare le strategie per rendere sicuro l'ambiente nel quale la persona a rischio di comportamenti suicidari vive. Individuare le prove esistenti che supportano l'importanza del trattamento farmacologico e della terapia cognitivo-comportamentale nella prevenzione del comportamento suicidario	Per la prevenzione del suicidio è importante mantenere un ambiente domestico, pubblico e ospedaliero sicuro. Ogni trattamento, prescrizione farmacologica, dimissione del paziente devono essere attentamente valutati.
5. Lewis, D. S., Anderson, K. H., & Feuchtinger, J. (2014) USA	Revisione di letteratura.	Sono stati selezionati 18 articoli	Identificare i fattori di rischio più comuni nell'ideazione suicidaria e i metodi per valutare e implementare il trattamento dei pazienti con ideazione suicidaria.	Deve essere condotta una valutazione del rischio suicido. Tra i fattori di trattamento sono stati identificati: la relazione terapeutica, il trattamento per la depressione, la garanzia per la sicurezza del paziente e interventi specifici per la prevenzione del suicido.
6. Puntil, C., York, J., Limandri, B., Greene, P., Arauz, E., & Hobbs, D. (2013). USA	Revisione di letteratura.	Vengono presi in considerazione articoli scientifici che includono •Revisioni sistemiche sul suicidio in ambito ospedalieri; •Articoli che prendono in considerazione la necessità di un'educazione sanitaria specifica per il suicidio per il personale sanitari;	L'articolo si pone l'obiettivo di far progredire lo sviluppo delle competenze degli infermieri sulla valutazione, prevenzione e intervento quando si sviluppa il rischio suicidario.	Gli studi individuati pongono la loro attenzione sulla necessità di una valutazione completa, pratiche cliniche sicure, cure incentrate sul paziente, interventi basati sulle evidenze scientifiche e collaborazione interprofessionale. Emerge inoltre la necessità di

		<ul style="list-style-type: none"> •Studi di interventi ospedalieri per ridurre il suicidio; •Revisioni che includono le migliori pratiche per prevenire il suicidio; •Guide cliniche specifiche per il suicidio; 		implementare la formazione infermieristica sulla valutazione, prevenzione e intervento del rischio suicidario.
7. Adeyinka A. Alabi (2022) Sud Africa	Articolo di discussione	/	Fornire evidenze scientifiche per la gestione del comportamento suicidario nell'ambito delle cure primarie, con l'obiettivo di ridurre i decessi per suicidio e la frequenza e l'intensità dei tentativi di suicidio.	Sono stati individuati i principali fattori di rischio modificabili e non modificabili del comportamento suicida. Sono state inoltre riportate indicazioni per la gestione dei pazienti che presentano comportamenti suicidari <ul style="list-style-type: none"> •Gestione nella fase acuta; •Valutazione dell'ideazione suicidaria e dell'autolesionismo nei gruppi a rischio; •Gestione dei pazienti ad alto rischio suicidio.
8. Isacc, Sakinofsky. (2014). USA	Revisione di letteratura.	È stata condotta una revisione della letteratura per mettere in evidenza gli interventi per prevenire il suicidio in regime di ricovero	L'obiettivo è quello di mettere in evidenza all'interno della letteratura quello che è noto e quello che si può fare per prevenire il suicidio in regime di ricovero.	È possibile ridurre il rischio di suicidio nelle Unità operative conducendo un'adeguata valutazione preliminare, predisponendo un ambiente sicuro, ottimizzando la visibilità del paziente e supervisionando i pazienti.
9. Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L., & Oquendo, M. A. (2012). USA.	Articolo di discussione	/	Identificare e porre in risalto i fattori di rischio clinici e psicologici e discutere i metodi per la prevenzione del suicidio.	I fattori di rischio più importanti individuati sono i disturbi depressivi e altre patologie mentali. Anche aggressività, impulsività, mancanza di speranza, tentativi passati e ideazione suicidaria sono fattori di rischio rilevanti. Le principali misure preventive

				individuate sono: la restrizione dell'accesso ai mezzi letali, utilizzo di metodi di identificazione e di screening. L'articolo sostiene anche l'importanza della terapia farmacologica e la sua corretta gestione. Dopo un tentativo di suicidio è importante che vengano impostati follow-up e che la famiglia venga coinvolta nelle cure.
10. Sakashita, T., & Osama, H. (2019). Giappone	Revisione di letteratura.	Sono stati presi in considerazione 17 articoli che al loro interno affrontavano i programmi per la prevenzione del suicidio	L'obiettivo è quello di porre in collegamento gli interventi per la prevenzione del suicidio con i fattori di rischio e le fasi del processo del suicidio.	Vengono esaminati i collegamenti tra gli interventi di prevenzione universali, strategie selettive e strategie per la valutazione e la gestione dei disturbi mentali associati a comportamenti suicidi.
11. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. Cognitive and Behavioral Practice. USA	Articolo di discussione	/	L'obiettivo dello studio è quello di analizzare e descrivere lo Safety Planning Intervention (SPI) e fornire un esempio di come questo strumento può essere implementato.	Lo SPI è un elenco scritto e prioritario di strategie di coping che i pazienti possono usare per alleviare una crisi suicida.

3.5- Descrizione degli studi esclusi nella revisione.

I seguenti 6 studi, esaminati in una tabella di analisi valutativa, sono stati esclusi dalla revisione. Gli studi non risultavano validi per poter rispondere ai quesiti che erano stati posti in questo lavoro di revisione della letteratura. (Tabella II)

3.5.1- Motivazioni che hanno portato all'esclusione degli studi.

Le motivazioni che hanno portato all'esclusione degli studi sono state principalmente due. La prima motivazione è che alcuni studi non soddisfacevano i quesiti di ricerca. La seconda motivazione risiede nel fatto che gli studi non fornivano informazioni

pratiche sulla prevenzione del rischio suicidario e sulla gestione dei pazienti a rischio. Numerosi studi, infatti, si limitano a testare l'efficacia clinica di alcune scale di valutazione. Altri si limitano a elencare delle strategie di prevenzione del suicidio ma non fornivano nozioni pratiche che avessero un riscontro nella realtà clinica. Uno studio prendeva in considerazione la riabilitazione psicosociale successiva al tentativo di suicidio ma non faceva menzione di modalità per prevenirlo,

Tabella II- Studi esclusi dalla revisione.

Titolo, Autore, Anno, Paese	Tipo di studio	Campione	Obiettivo	Risultati principali
1. Jeong, H., Nam, B., Jo, S.-J., Lee, W.-C., & Yim, H. W. (2020) Corea del Sud	Studio sperimentale Controllato randomizzato.	Allo studio hanno partecipato 948 persone di età superiore ai 60 anni.	Questo studio mirava a valutare l'utilità clinica della Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) nell'identificazione degli anziani a rischio di suicidio.	Alla somministrazione della GDS-15 è stato applicato il punteggio di cut-off di 10 nel per identificare gli anziani a rischio di suicidio, la percentuale di domande dirette sul comportamento suicidario da parte di operatori sanitari è stata ridotta del 33,1%; tuttavia, il 19,5% a rischio di suicidio non è stato individuato. Quando il cut-off è stato modificato in 6, il 100% a rischio di suicidio è stato coperto dal GDS-15.
2. Zia, B., Heisel, M. J., Peckham, S. B., & Rosen, S. (2020) Canada	Studio sperimentale Controllato randomizzato	L'SBQ-5 e il GSIS-Screen sono stati somministrati a 93 uomini, di età pari o superiore a 55 anni	Studiare le proprietà psicometriche del questionario sui comportamenti suicidari a 5 voci (SBQ-5) e del Geriatric Suicide Ideation Scale-Screener	L'SBQ-5 è stato positivamente associato al GSIS-Screen durante la valutazione di ammissibilità. La coerenza interna per entrambe le misure è stata bassa ma accettabile. I punteggi del tempo 1 su entrambi gli schermi predicevano l'ideazione del suicidio al tempo 2, controllando l'intervallo di tempo intermedio e il funzionamento cognitivo e fisico di base. Solo il GSIS-Screen prevedeva in modo univoco le valutazioni future di depressione e disperazione.

<p>3. Lohman PhD, M. C., Raue PhD, P. J., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2016) USA</p>	<p>Studio controllato randomizzato</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 306 pazienti ammissibili allo studio.</p>	<p>Lo studio ha valutato l'efficacia di un intervento di gestione della depressione nel ridurre l'ideazione suicidaria tra i pazienti che venivano seguiti a domicilio.</p>	<p>È stata misurata l'ideazione suicidaria attraverso l'Hamilton RatingScale for Depression (HAM-D). Dei 306 partecipanti , 61 hanno espresso un'ideazione suicidaria passiva e 9 hanno espresso un'ideazione suicidaria attiva al colloquio di base. I pazienti che hanno espresso una ideazione suicidaria attiva avevano punteggi dell'HAM-D più alti rispetto a quello che avevano una ideazione suicidaria passiva.</p>
<p>4. Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2022) USA</p>	<p>Studio controllato randomizzato.</p>	<p>Sono stati condotti tre studi. Il primo prendeva in considerazione 107 pazienti, il secondo 25, il terzo 173.</p>	<p>Valutare le proprietà di due versioni abbreviate della Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS): la Brief Geriatric Suicide Ideation Scale a 10 item (BGSIS) e la Geriatric Suicide Ideation Scale-Screen (GSIS-screen).</p>	<p>I risultati hanno dimostrato la coerenza interna, l'affidabilità e la validità predittiva per BGSIS e GSIS-screen.</p>
<p>5. Holm, A. L., Salemonsén, E., & Severinsson, E. (2021) Norvegia</p>	<p>Revisione di letteratura.</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 14 studi .</p>	<p>Sintetizzare le strategie di prevenzione del suicidio per gli adulti più anziani.</p>	<p>Le strategie di prevenzione del suicidio si basano su riconoscimento dei problemi di salute fisica e/o mentale degli anziani e indirizzarli all'aiuto e al trattamento, progettazione di un programma educativo, comunicazione e dialogo sui segnali di pericolo, fornire supporto sociale e consapevolezza di causare dolore agli altri.</p>
<p>6. Sellin, L., Kumlin, T., Wallsten, T., & Wiklund Gustin, L. (2018) Svezia</p>	<p>Studio controllato randomizzato.</p>	<p>I partecipanti sono stati selezionati tra: -Rappresentanti di un'organizzazione svedese che si occupa di</p>	<p>L'obiettivo dello studio è quello di descrivere cosa caratterizza un approccio assistenziale</p>	<p>I risultati dello studio evidenziano che l'approccio assistenziale orientato al recupero ha il potenziale per facilitare la comprensione reciproca della complessità</p>

		<p>prevenzione del suicidio e sostegno ai parenti che hanno perso un parente stretto per suicidio;</p> <p>-Infermieri registrati presso un consiglio di contea in Svezia;</p> <p>-Ricercatori con conoscenze speciali sulla prevenzione del suicidio.</p>	<p>orientato al recupero e come questo possa essere espresso attraverso atti di cura che coinvolgono pazienti con tendenze suicide e i loro parenti.</p>	<p>della situazione del paziente e supporta i pazienti a riacquisire consapevolezza della propria vita. È importante che gli infermieri sappiano ascoltare con sensibilità quello che i pazienti dicono e che siano aperti a variazioni individuali dei processi di recupero. Questo include il riconoscimento dei parenti disponibili che siano capaci di contribuire nel processo riabilitativo della persona.</p>
--	--	---	--	--

CAPITOLO IV- RISULTATI

4.1-Risultati.

In seguito alla valutazione degli undici articoli inclusi nel presente lavoro di revisione della letteratura sono emersi i risultati che verranno discussi di seguito.

Nella revisione di letteratura di Patrick J. Raue, Angela R. Ghesquiere, e Martha L. Bruce (2014) “*Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults*” si afferma che uno dei principali fattori di rischio per coloro che tentano il suicidio sono il disturbo depressivo, l’ideazione suicidaria, la perdita funzionale, gli eventi stressanti, l’abuso di sostanze e la malattia fisica. Il rischio di suicidio dovrebbe essere valutato nelle popolazioni con evidenti fattori di rischio attraverso l’utilizzo di scale di valutazione come il “*Patient Health Questionnaire*” (PHQ). Il PHQ-2 presenta due quesiti (“poco interesse o piacere nello svolgere attività” e “sentirsi giù, depresso o senza speranza”) per accertare la presenza di sintomi depressivi, mentre il PHQ-9 utilizza 9 item per valutare il grado di ideazione suicidaria (gli item indagano pensieri relativi al desiderio di morire o alla volontà di farsi del male). Altri studi hanno esaminato l’utilità di altre misure per valutare l’ideazione suicidaria. Tra queste la *Columbia Severity Rating Scale* ha dimostrato di predire i tentativi di suicidio in pazienti con tendenze suicide e non. Uno studio condotto su pazienti adulti più anziani ha rivelato che nella *Geriatric Depression Scale* 5 tra i 15 item sono sensibili e specifici per identificare i pazienti suicidi. Dube et Al. hanno sviluppato una breve misura per valutare il potenziale rischio suicidio chiamato *P4 Screener* che indaga sui tentativi di suicidio passati e la presenza di un piano suicidario in corso. Gli autori hanno stilato anche una guida pratica su come valutare l’ideazione suicidaria. Qualora si utilizzi uno screening standardizzato esso deve essere seguito da un colloquio clinico strutturato che porti a valutare il livello di ideazione suicidaria presente, se questa sia attiva o passiva e le sue caratteristiche. Per quanto riguarda invece la gestione dell’ideazione suicidaria sono stati presi in considerazione numerosi studi effettuati. Gli studi PROSPECT e IMPACT si basano sul modello collaborativo di assistenza che prevedono la collaborazione di medico, infermiere, assistente sociale e/o psicologo manager della depressione. La presenza di un *care manager* funge da collegamento tra il paziente e i servizi sanitari monitorando i sintomi, gli effetti collaterali e l’aderenza terapeutica comunicando queste informazioni al personale sanitario. Entrambi gli

interventi hanno dimostrato risultati promettenti non solo nel ridurre sintomi depressivi ma anche la presenza di ideazione suicidaria (Alexopoulos, Reynolds, Bruce, Katz, Raue, Mulsant, Oslin, 2009).

Van Order et al. hanno progettato un intervento chiamato *The Senior Connection* per prevenire lo sviluppo di idee suicidarie tra gli anziani a rischio. I pazienti selezionati sono stati collegati ai servizi per l' invecchiamento nei quali ricevevano un intervento che portava a maggiore connessione sociale (Van Orden, Stone, Rowe, McIntosh, Podgorski & Conwell 2013).

Stanley e Brown hanno progettato un breve intervento di pianificazione della sicurezza che consiste nell'aiutare i pazienti a sviluppare un elenco scritto di strategie di coping e di supporti informali e formali da usare per prevenire le crisi suicidarie: in questo modo si formula un piano su come un paziente dovrebbe intervenire per rispondere alle crisi suicidarie. I punti principali del piano sono: aiutare i pazienti a riconoscere i segnali di allarme, usare strategie di coping interne, ricorrere al supporto sociale per poter ottenere assistenza e contattare i professionisti della salute mentale e limitare l'accesso ai mezzi letali (Stanley & Brown,2012).

Quindi è importante valutare la presenza di ideazione suicidaria e se questa sia di tipo passivo o attivo. Qualora sia di tipo passivo è necessario che il paziente sia ulteriormente valutato entro una settimana. I pazienti che presentano una ideazione suicidaria attiva necessitano di una valutazione entro la giornata e continue rivalutazioni a cadenza programmata da parte del personale sanitario. I pazienti che presentano un'intenzione specifica di farsi del male necessitano un'immediata valutazione psichiatrica di sicurezza al pronto soccorso (Raue, Ghesquiere & Bruce, 2014).

Nella linea guida "*Evidence-Based Practice Guideline: Secondary Prevention of Late-Life Suicide*" redatta da Butcher & Ingram (2018) si sostiene che gli operatori sanitari dovrebbero conoscere e attuare un'assistenza infermieristica basata sulle evidenze per prevenire il suicidio. Quando gli infermieri conducono l'accertamento sui sintomi depressivi è importante che prestino attenzione ai cambiamenti della vita, in particolare alle recenti perdite significative (morte di una persona cara) o i cambiamenti di ruolo (pensionamento) (Butcher & Ingram, 2018). I principali fattori di rischio da tenere in considerazione sono 3: storia clinica di problematiche di salute mentale, eventi

stressanti, fattori sociodemografici. Durante l'accertamento devono essere condotte domande sull'ideazione suicidaria, deve essere accertata la capacità del paziente di accedere ai mezzi per farsi del male e si deve capire quali situazioni potrebbero determinare il ritorno di pensieri suicidi. Le domande dovrebbero essere raccolte usando frasi brevi e dando abbastanza tempo all'anziano per rispondere. È bene che i termini vengano spiegati e chiariti. Le informazioni ottenute devono essere precise per ottenere un quadro dettagliato dei fattori correlati e delle cause della depressione. Dopo la valutazione biopsicosociale l'operatore sanitario dovrebbe proseguire l'accertamento usando strumenti come scale di valutazione validate come il PHQ-9. Queste informazioni devono essere raccolte per poter stilare un piano di sicurezza e definire quali strategie possono essere usate per gestire le situazioni. È inoltre importante che i professionisti sanitari sappiano riconoscere alcuni segnali d'allarme come mancanza di volontà di vivere, depressione, impotenza, perdita/aumento di peso, agitazione psicomotoria, difficoltà di concentrazione, perdita di una persona significativa e cambiamenti nei ruoli di vita. Il colloquio clinico dovrebbe essere strutturato seguendo alcune domande significative come: "Nelle ultime 48 ore o 1 mese, ti sei sentito senza speranza riguardo al presente e/o al futuro?", "Hai pensato che la vita non valesse la pena di essere vissuta?", "Sei stato depresso o così triste ultimamente da aver pensato alla morte o all'idea di morire?", "Hai mai pensato di farti del male o di toglierti la vita?", "Quando hai iniziato ad avere questi pensieri e a pensare a come toglierti la vita?", "Hai mai tentato il suicidio prima d'ora?". Se in seguito all'accertamento si individua un paziente a rischio di suicidio è necessario che venga attuata una maggiore sorveglianza oppure un ricovero ospedaliero per garantire sicurezza al paziente. Un'altra strategia di trattamento è anche il ricovero parziale in regime "Day Hospital" e/o il trattamento presso un centro diurno.

La linea guida "*Linee guida della European Psychiatric Association (EPA) sul trattamento e la prevenzione del suicidio*" scritta da D. Wasserman, Z. Rihmer, D. Rujescu, M. Sarchiapone, M. Sokolowski, D. Titelman, G. Zalsman e, Z. Zemishlany, V. Carli (2012) è stata stesa con l'obiettivo di ricercare le evidenze utili a individuare le strategie per rendere sicuro l'ambiente nel quale la persona a rischio di comportamenti suicidari vive. In questo studio emerge che il disturbo depressivo è uno dei maggiori fattori di rischio per i comportamenti suicidari. I pazienti con disturbo

depressivo grave che si suicidano presentano insonnia, agitazione, ansia, perdita di peso, grave disperazione, sentimenti incongruenti di pesante colpa, colpa, inutilità, pensieri di morte, idee suicidarie. Il rischio di suicidio dovrebbe essere valutato con interviste cliniche strutturate e scale validate che valutino il funzionamento psicologico e sociale del paziente (Wasserman, Rihmer, Rujescu, Sarchiapone, Sokolowski, Titelman, Zalsman, Zemishlany, Carli & European Psychiatric, 2012). Quando è in corso una crisi suicidaria è importante che il paziente venga valutato attraverso un colloquio clinico che deve essere condotto in un'area tranquilla e in un contesto in cui gli operatori sanitari mettano in atto strategie di comunicazione empatica. Il ricorso al ricovero ospedaliero deve essere attentamente valutato in questi pazienti ma talvolta risulta essere necessario perché fornisce una maggiore sicurezza per il paziente. Quando vengono applicate le adeguate misure di sicurezza il reparto permette la cura e l'osservazione continua del paziente per un periodo di tempo più lungo, consentendo di acquisire le informazioni necessarie per il trattamento.

Per quanto riguarda la gestione della crisi suicidaria deve essere prima di tutto fornito un trattamento farmacologico e non farmacologico per migliorare i sintomi psichiatrici (ansia, depressione, insonnia, sintomi psicotici), inoltre il paziente deve essere monitorato continuamente e non essere lasciato solo (Wasserman, Rihmer, Rujescu, Sarchiapone, Sokolowski, Titelman, Zalsman, Zemishlany, Carli & European Psychiatric, 2012). In seguito alla gestione clinica si potrebbe verificare un sollievo dai sintomi suicidi e dal disagio, i quali possono però riemergere non appena il paziente torna a casa. Per questo motivo è di fondamentale importanza che a lungo termine, già a partire dalla dimissione, venga prestata estrema attenzione al monitoraggio, al follow-up, all'applicazione di misure di sicurezza domestica e alla gestione della terapia farmacologica che devono iniziare il prima possibile. Può essere richiesta la collaborazione della famiglia o dei servizi della comunità e la terapia farmacologica dovrebbe essere somministrata con cautela. Un adeguato follow-up dovrebbe comprendere il coinvolgimento attivo dei familiari, contatti telefonici frequenti, incontri programmati per valutare i progressi e l'aderenza alla terapia farmacologica. Nella fase post-crisi gli appuntamenti per il follow-up dovrebbero essere fissati quanto prima. Quando il paziente si trova in regime di ricovero in una struttura ospedaliera le misure di sicurezza dovrebbero essere divise in precauzioni ambientali e precauzioni

specifiche per il paziente. Le precauzioni ambientali si basano sul limitare l'accesso ai mezzi autolesivi nell'unità operativa: le finestre dovrebbero avere un'apertura stretta o dovrebbero essere chiuse a chiave, accesso limitato e sorvegliato a oggetti pericolosi (sostanze tossiche, accendini, oggetti appuntiti, tendaggi, tubi e corde). Le altre modifiche che possono essere suggerite sono: aperture delle porte bidirezionali, specchi di cristallo incassati al muro senza spigoli vivi che si rompono in piccoli frammenti, prese di corrente a bassa tensione, allarmi, impianti antincendio ecc. Gli interventi specifici per il paziente includono la perquisizione della stanza e l'osservazione continua e pianificata. I pazienti ad alto rischio richiedono un'osservazione individuale e dovrebbero essere collocati in un'area in cui possono essere visti in ogni momento dal personale infermieristico (Wasserman, Rihmer, Rujescu, Sarchiapone, Sokolowski, Titelman, Zalsman, Zemishlany, Carli & European Psychiatric, 2012). Lo studio indica che le misure di sicurezza dovrebbero essere anche applicate nell'ambiente domestico e i familiari dovrebbero essere consapevolizzati sui rischi, soprattutto dopo la dimissione da una struttura ospedaliera. Anche il coinvolgimento dei familiari riveste un ruolo importante. La famiglia deve essere coinvolta nel trattamento e deve essere informata su: fattori di rischio, fattori protettivi, la necessità di aderenza al trattamento e la necessità di eliminare mezzi potenzialmente letali.

All'interno della revisione di letteratura "*Suicide prevention in neurology patients: Evidence to guide practice?*" di Lewis, D. S., Anderson, K. H. e Feuchtinger J. (2013) vengono presi in considerazione 18 articoli e vengono identificati i fattori di rischio più comuni per l'ideazione suicidaria e i metodi per valutare e implementare il trattamento dei pazienti con ideazione suicidaria. L'ideazione suicidaria è uno dei principali sintomi della depressione maggiore con una forte correlazione tra di esse. In questo studio tra i principali fattori di rischio per il suicidio troviamo prima di tutto il disturbo depressivo, l'isolamento sociale e la disperazione. Il rischio suicidario può essere valutato con il *Nurse's Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR) che valuta 15 variabili: presenza/influenza della disperazione, recente evento di vita stressante, evidenza di voci/credenze persecutorie, evidenza di depressione/perdita del piacere, evidenza di isolamento, avvertimento di intento suicidario, evidenza di un piano per suicidarsi, storia familiare di gravi patologie psichiatriche problemi o suicidio, recente

lutto o interruzione della relazione, storia di psicosi, stato di vedovo, precedente tentativo di suicidio, storia di deprivazione socioeconomica, storia di alcolismo e/o abuso di alcol e presenza di malattia terminale. Anche il Dipartimento della salute del *New South Wales* ha creato una “struttura per la valutazione e la gestione del rischio suicidio” utilizzabile dal personale sanitario che esplora il disagio, le motivazioni per farsi del male, gli stati mentali, la storia del comportamento suicidario, i pensieri suicidi attuali, la presenza di un piano suicida, l’accesso ai mezzi letali. Le domande dello screening permettono di assegnare un livello di rischio di suicidio (basso, medio, alto). Per quanto riguarda la gestione dei pazienti a rischio suicidario si sostiene l’efficacia di creare un’alleanza terapeutica con il paziente che inizia dal momento della valutazione iniziale e continua durante il ricovero, incoraggiandolo a collaborare nel processo terapeutico. I familiari dovrebbero essere inclusi nel piano di cura. Anche Lewis et al. sostengono l’importanza della sicurezza ambientale: l’ambiente del ricovero ospedaliero dovrebbe essere adeguatamente valutato e il paziente non dovrebbe mai essere lasciato solo. Se possibile il paziente dovrebbe avere un compagno di stanza, un membro della famiglia o dovrebbe essere sorvegliato in continuo. In base al livello di rischio di suicidio determinato potrebbe essere importante l’uso di precauzioni di sicurezza attive. Il trattamento della depressione è fondamentale per ridurre il rischio suicidario, ponendo maggiore enfasi sull’intervento di supporto, di consulenza e di riduzione dei fattori di rischio modificabili all’inizio del trattamento con un antidepressivo.

Nell’articolo di Adeyinka A. Alabi (2022) “*Management of self-harm, suicidal ideation and suicide attempts. South African family practice*” si sostiene che nella fase post acuta dopo che il paziente ha tentato il suicidio è fondamentale che venga condotta un’accurata valutazione del rischio di suicidio, dell’ideazione, delle circostanze precedenti e dei fattori predisponenti e protettivi. La gestione del paziente subito dopo la fase acuta si basa sulla valutazione del rischio di suicidio, una valutazione psichiatrica dettagliata una valutazione dello stato di salute mentale e medica, della storia familiare e dei problemi psicologici. Inoltre, dovrebbe essere elaborato un piano di gestione chiaro per la prevenzione di futuri tentativi di suicidio con il paziente e i familiari stretti. Gli strumenti che possono essere usati per accertare il rischio di suicidio sono la *Beck's Depression Inventory (BDI)*, la *Beck's Hopelessness Scale*

(BHS) e la *Sadpersons*. La categoria di rischio (basso, intermedio o alto) che emerge dalla valutazione determinerà anche l'ambiente più sicuro per gestire il paziente durante le crisi suicidarie. Se il paziente risulta essere a basso rischio con un adeguato supporto domiciliare e senza pensieri suicidari attivi può essere gestito a livello ambulatoriale. Al contrario se viene rilevato uno scarso supporto o la valutazione del rischio non è chiara si potrebbe rendere necessario il ricovero ospedaliero. Il professionista sanitario dovrebbe mantenere un approccio non giudicante, rassicurante, confortante, caratterizzato da un ascolto empatico. Insieme al paziente, dovrebbe essere sviluppato un piano di sicurezza ben documentato e graduale che includa: riconoscimento dei segnali di pericolo, adottare strategie di coping auto-iniziate, rivolgersi a familiari e amici per il supporto, limitare l'accesso a droghe e alcol, limitare l'accesso a mezzi letali e conoscere a quali professionisti sanitari fare riferimento (dipartimenti di emergenza e agenzie di crisi). La gestione ambulatoriale e i follow-up per il monitoraggio dovrebbero essere comunicati e concordati con il paziente, soprattutto dopo l'inizio della farmacoterapia e psicoterapia. Inoltre, dovrebbe essere creato un sistema per tenere traccia dei pazienti che perdono gli appuntamenti di follow-up. Per i pazienti che hanno intrapreso un trattamento farmacologico (soprattutto con antidepressivi) deve essere preso in considerazione il profilo di sicurezza del farmaco, la fornitura dei farmaci deve essere limitata a pochi giorni o a poche settimane per evitare il rischio di assunzione incongrua della terapia farmacologica. È inoltre importante che venga fornita educazione al paziente sulle capacità di coping, sulle risorse disponibili, sulle strutture di supporto disponibili e su chi contattare ogni volta ne abbiano bisogno.

Nella revisione di letteratura di Sakinofsky (2014) "*Preventing Suicide Among Inpatients*" ci si pone l'obiettivo di mettere in evidenza le evidenze scientifiche per prevenire il suicidio durante il ricovero ospedaliero. I risultati sostengono che le unità operative non psichiatriche talvolta non sono progettate per i pazienti a rischio suicidio e il personale non ha una formazione adeguata a garantire la sicurezza del paziente. Uno degli aspetti fondamentali sui quali intervenire è sicuramente il rischio ambientale con un attento controllo degli oggetti potenzialmente pericolosi come campanelli, bende, lenzuola, sacchetti di plastica ecc.

I pazienti a rischio suicidio necessitano che venga somministrato uno screening per valutarne il rischio, venga stesa una pianificazione delle cure, venga effettuata un'osservazione continua, sia presente personale orientato e formato sulla prevenzione del suicidio. Per quando riguarda la progettazione dell'unità operativa è importante che i pazienti possano essere tenuti sotto controllo in ogni momento e che non sia possibile uscire liberamente. L'osservazione del paziente può essere attuata seguendo vari livelli:

- Livello I osservazione generale: non tutti i pazienti devono essere continuamente tenuti sotto controllo, ma la loro posizione deve essere sempre nota al personale.
- Livello II osservazione intermittente: la posizione del paziente deve essere controllata ogni 15 minuti.
- Livello III osservazione continua: un paziente potrebbe in qualsiasi momento agire in modo dannoso per sé o per gli altri. Quindi, il personale è operativo 24 ore su 24, gli osservatori potrebbero anche non trovarsi abbastanza vicini per intervenire in modo efficace.
- Livello IV paziente sempre vicino: questo riguarda i pazienti con un livello di rischio più elevato e richiede una presenza ravvicinata in ogni momento, anche quando si reca ai servizi igienici.

I predittori di suicidio più consistenti sono: storia di tentativi di suicidio, umore depresso, disperazione, l'agitazione, l'ansia, l'impulsività.

Nell'articolo di Sakashita, T. e Oyama, H. (2019) *“Developing a Hypothetical Model for Suicide Progression in Older Adults With Universal, Selective, and Indicated Prevention Strategies”* si è cercato di creare un programma che allinea gli interventi per la prevenzione del suicidio associandoli ai fattori di rischio e alle fasi del processo di suicidio, le componenti psico-comportamentali legate al suicidio e le linee guida esistenti per identificare i punti critici di intervento. I principali fattori di rischio comprendono: malattie fisiche, menomazioni funzionali, fattori di stress legati all'età, mancanza di reti sociali di supporto e la perdita di un ruolo sociale o di una persona cara. Questo programma è stato posto a confronto con gli studi già presenti in letteratura. Vengono identificate delle strategie di prevenzione universali che includono politiche di salute mentale, sensibilizzazione e istruzione, miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria e lo screening della popolazione universale. Per

quanto riguarda le strategie di selezione selettiva gli interventi includono la formazione del personale sanitario, lo screening approfondito e la consulenza per le persone a rischio, la disponibilità di linee di assistenza in caso di crisi e interventi mirati per le persone che sono vulnerabili. L'identificazione dei pazienti a rischio suicidio si basa sull'individuare soprattutto di coloro che soffrono di depressione per poi rinviarli a colloqui clinici semi-strutturati. Inoltre, l'istituzione delle linee di assistenza in caso di crisi e supporti telefonici permetterebbe di ridurre i tassi di suicidio. Le strategie di prevenzione maggiormente indicate includono la valutazione e la gestione dei disturbi mentali associati ai comportamenti suicidi, il supporto di comunità e il follow-up. La gestione del disturbo depressivo con la terapia farmacologica, l'educazione del paziente e la gestione dell'assistenza clinica potrebbero portare a una riduzione del rischio suicidario. La gestione della patologia mentale rappresenta una parte fondamentale della prevenzione del suicidio riducendo sia l'ideazione suicidaria, la pianificazione dell'atto e i tentativi stessi di suicidio. Anche i follow-up dopo i tentativi di suicidio e dopo aver commesso agiti autolesivi sono associati a esiti positivi.

L'articolo di Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L. Oquendo (2012) "*Can We Really Prevent Suicide? Current psychiatry reports*" sostiene che tra i fattori di rischio per il fenomeno suicidario e la messa in atto di agiti autolesivi il disturbo depressivo è uno dei più importanti. Un trattamento attivo e intensivo della depressione ridurrebbe ampiamente i comportamenti suicidari e autolesivi. Alcuni sintomi della depressione come disperazione, sensi di colpa, perdita di interesse, insonnia e bassa autostima possono essere particolarmente importanti per il rischio suicidario (Schwartz-Lifshitz, Zalsman, Giner & Oquendo, 2012). Le strategie di prevenzione comprendono la restrizione dell'accesso ai mezzi suicidi, i metodi di identificazione come gli screening, la formazione adeguata dei professionisti sanitari. La restrizione dell'accesso ai mezzi suicidi ha determinato in molti paesi una riduzione dei tassi di suicidio: il controllo del possesso delle armi da fuoco, la diminuzione dell'utilizzo del gas domestico e dei veicoli a motore, la restrizione dell'uso dei pesticidi e le barriere fisiche. Anche l'introduzione di antidepressivi più sicuri, confezioni più piccole o singole e limitazione nella vendita ha portato a una riduzione dei suicidi per overdose. Risulta essere molto importante che persone vicine a un paziente anziano che soffre di disturbo depressivo ricevano informazioni riguardi il trattamento e i modi per

identificare il rischio suicidario. Le informazioni devono essere fornite su larga scala a un pubblico vasto ma anche nello specifico dei singoli pazienti a rischio. Questo risulta essere molto importante perché coloro che tentano il suicidio non sempre sono in contatto con le strutture sanitarie e coloro che li circondano dovrebbero avere gli strumenti per identificare tempestivamente i comportamenti a rischio. Per l'identificazione delle persone a rischio suicidio possono essere usate varie tipologie di screening come, ad esempio, il questionario *Columbia Suicide Screen* (CSS) e il PHQ-2. Per quanto riguarda il trattamento è importante che alle strategie terapeutiche di supporto (psicoterapia, farmacoterapia) siano affiancate anche i follow-up periodici, soprattutto per coloro che hanno già avuto tentativi di suicidio.

Nella revisione di letteratura Condotta da Puntil, C., York, J., Limandri, B., Greene, P., Arauz, Hobbs, D. (2014) “*Competency-based training for PMH nurse generalists: Inpatient intervention and prevention of suicide. Journal of the American Psychiatric Nurses Association*” l'obiettivo era quello di far progredire lo sviluppo delle competenze degli infermieri sulla valutazione, prevenzione e intervento quando si sviluppa il rischio suicidario. Per prevenire il suicidio si sostiene prima di tutto la necessità di ridurre l'accesso ai mezzi letali. Alcuni studi specifici sostengono la continuità delle cure post dimissione ospedaliera e i follow-up. Gli studi individuati pongono la loro attenzione sulla necessità di una valutazione completa, pratiche cliniche sicure, cure incentrate sul paziente, interventi basati sulle evidenze scientifiche e collaborazione interprofessionale. Emerge inoltre la necessità di implementare la formazione infermieristica sulla valutazione, prevenzione e intervento del rischio suicidario. Gli autori delle linee guida cliniche specifiche per il suicidio *L'American Psychiatric Association* (2003) hanno affermato che il ricovero ospedaliero non rappresenta un trattamento ma un ambiente terapeutico sicuro in cui le condizioni del paziente possono essere trattate e gestite riducendo il rischio suicidario, tuttavia non sono disponibili dati per dimostrare l'efficacia del ricovero ospedaliero per prevenire il suicidio (Puntil, York, Limandri, Greene, Arauz, Hobbs, 2013). I punti fondamentali che devono essere affrontati con il paziente sono: condurre una valutazione del rischio che identifichi i fattori di rischio individuali e ambientali, affrontare i bisogni immediati di sicurezza dell'individuo, impostare un trattamento

appropriato e fornire informazioni sulla prevenzione del suicidio al momento della dimissione (Puntil, York, Limandri, Greene, Arauz, Hobbs, 2013).

All'interno dell'articolo "*Suicide in the Elderly-A Multidisciplinary Approach to Prevention*" di Steven E. Brooks, Sigrid K. Burruss e Kaushik Mukherjee (2018) si sottolinea l'importanza dell'identificazione dei pazienti ad alto rischio. Tale identificazione può essere condotta con la *Beck Hopelessness Scale* e la *Geriatric depression Scale*. La scala *Beck Hopelessness Scale* permette di valutare il modo in cui il soggetto vede il futuro, mentre la *Geriatric depression Scale* cerca di individuare elementi precursori del suicidio valutando dapprima la mancanza di speranza e poi la valutazione dell'ideazione suicidaria passiva. L'utilizzo della *Geriatric depression Scale* è sostenuto dal fatto che questa scala è in uso da lungo tempo e dal fatto che esista una grande correlazione tra i sintomi depressivi e il fenomeno suicidario. Inoltre, uno dei vantaggi di questi test è che si presentano molto semplici e facili da somministrare. Secondo lo studio condotto da Brooks et al. i fattori di rischio più rilevanti sono la depressione (soprattutto quella non diagnosticata e quindi non trattata), l'isolamento e l'ideazione suicidaria. I fattori protettivi più importanti sono la soddisfazione per la propria vita, comprendere che il suicidio non risolve i problemi, la paura di umiliare i propri figli e le credenze religiose. Uno dei punti fondamentali per prevenire il suicidio nei pazienti geriatrici sono i collegamenti sociali, l'impegno all'interno della comunità, le cure preventive e i follow-up. In Giappone un'iniziativa completa di prevenzione del suicidio ha promosso il collegamento sociale all'interno della comunità portando a una riduzione del 73% dei tassi di suicidio. I punti fondamentali sui quali si basava erano: lavori di tipo educativo, collegamenti tra gli anziani, maggiore consapevolezza del proprio e altrui rischio suicidio, screening e infine trattamento della depressione (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019). Sono stati stilati anche protocolli di intervento multidisciplinari che coinvolgono infermieri, psicologi e assistenti sociali all'interno di interventi diretti che comprendevano la valutazione del rischio di suicidio e il trattamento della depressione con farmacoterapia e psicoterapia. Fleischmann et al. hanno dimostrato l'efficacia degli interventi brevi nella riduzione del rischio suicidario: i pazienti che avevano precedentemente tentato il suicidio venivano identificati e veniva eseguito un intervento di circa un'ora che forniva consulenza psicosociale e contatti di supporto. Le informazioni fornite

riguardavano: l'ideazione e tentativi di suicidio, il disagio, i fattori di rischio e di protezione, i contatti di riferimento e di follow-up (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019).

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012) nell'articolo "*Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. Cognitive and Behavioral Practice*", descrivono l'intervento "*Safety Planning Intervention*" (SPI). Tale intervento consiste in un piano di risposta alla crisi suicidaria che si compone in una serie di interventi terapeutici che garantiscono la sicurezza del paziente rimuovendo l'accesso ai mezzi letali e avvio dell'automonitoraggio dei pensieri, sentimenti e comportamenti suicidi. Gli autori sostengono l'efficacia di un rapporto collaborativo tra paziente e professionista sanitario. Tale rapporto comprende: riconoscimento dei segnali di pericolo per una crisi suicidaria imminente, impiego di strategie di coping interne, utilizzo di contatti sociali come mezzo di distrazione, contattare amici o familiari che possono aiutare a risolvere la crisi, contattare i servizi sanitari e ridurre l'accesso ai mezzi letali. Per quanto riguarda la restrizione dell'accesso ai mezzi letali si fa riferimento alla conservazione in sicurezza dei farmaci e alla limitazione dell'accesso a oggetti come armi coltelli ecc.

Tabella III- Interventi infermieristici per la prevenzione del suicidio e degli agiti autolesivi.

INTERVENTI INFERMIERISTICI per la PREVENZIONE DEL SUICIDIO E DEGLI AGITI AUTOLESIVI	1. (Raue et al., 2014) USA	2. (Brooks et al., 2019) USA	3. (Butcher & Ingram, 2018) USA	4. (Wasserman et al., 2012) Svezia	5. (Lewis et al., 2014). (2014). USA	6. (Puntilet al., 2013) USA	7. Alabi A. A. (2022) Sud Africa	8. (Sakashita & Oyama, 2019) Giappone	9. Sakinofsky I. (2014) USA	10 (Schwartz - Lifshitz et al., 2012) USA	11. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). USA
Individuazione dei fattori di rischio/ predisponenti	P	P	P	P	P	NP	NP	P	P	NP	P
Individuazione pazienti a rischio /condurre una valutazione del rischio	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NP
Individuazione segnali da riconoscere	NP	NP	P	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P
Utilizzo di colloqui clinici strutturati	P	NP	P	P	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP
Utilizzo di scale di valutazione del rischio suicidio	P	P	P	P	NP	NP	P	NP	P	P	NP

Individuazione dei fattori protettivi	NP	P	P	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP
Istruire familiari e volontari al riconoscimento dei comportamenti autolesivi / Coinvolgimento e sensibilizzazione dei familiari	NP	P	P	P	P	P	P	NP	NP	P	P
Colloqui telefonici	P	P	NP	P	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP
Valutazione della necessità del ricovero ospedaliero	NP	NP	P	P	NP	NP	P	NP	P	NP	NP
Valutazione necessità ricovero parziale (day hospital)	NP	NP	P	NP	NP	NP	P	NP	P	NP	NP
Istaurare un'alleanza terapeutica	NP	NP	NP	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P
Somministrazione terapia farmacologica cadenzata	NP	NP	P	P	P	P	P	NP	NP	P	P
Monitoraggio continuo durante il ricovero	NP	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	P	NP	NP
Follow up periodici	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NP
Limitare l'accesso a mezzi suicidi /sicurezza ambientale in reparto	NP	P	NP	P	P	P	P	NP	P	P	NP
Perquisizione della stanza	NP	NP	NP	P	P	NP	NP	NP	P	NP	NP
Osservazione del paziente continua/ posizione di buona visibilità in U.O.	NP	NP	NP	P	P	NP	P	NP	P	NP	NP
Compagno di stanza	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Predisporre misure di sicurezza nell'ambiente domestico	NP	NP	NP	P	NP	P	P	NP	NP	P	P
Legenda: P=presente nello studio NP=non presente nello studio											

5.1- Discussione.

Dopo il confronto tra gli studi analizzati il risultato principale emerso si è rivelato essere la necessità di individuare precocemente i pazienti geriatrici affetti da disturbo depressivo maggiore che sono a rischio di commettere agiti autolesivi. Prima di tutto è importante che l'infermiere sappia riconoscere quali sono i fattori di rischio che portano il paziente geriatrico a commettere tali atti. Tra gli studi inclusi 10 affermano l'importanza di individuare i fattori di rischio ma solo 8 elencano quali essi siano. Questi fattori in parte si differenziano da quelli che determinano il rischio suicidario tra i più giovani. I più significativi sono: disturbo depressivo, ideazione suicidaria, perdita funzionale, malattia fisica, eventi stressanti anche legati all'età geriatrica, disperazione, isolamento sociale, perdita di interesse, insonnia, bassa autostima. Tra gli studi inclusi 7 segnalano l'utilizzo di scale di valutazione validate e 4 segnalano l'utilizzo di colloqui clinici strutturati. L'utilizzo di tali colloqui è significativo perché permette di porre domande precise e di oggettivare le risposte del paziente. In base alla risposta fornita l'infermiere è in grado di individuare la presenza di ideazione suicidaria, il grado con la quale si presenta e se questa sia di tipo attivo o passivo. Per quanto riguarda le scale di valutazione indicate solamente alcuni articoli reperiti ne indicano alcune nello specifico ma non vi è univocità su quali debbano essere usate in modo standard. Le scale maggiormente indicate sono: la *Severity rating scale*, la *Geriatric depression scale*, il *P4 screener*, il *PHQ-2*, il *PHQ-9*, la *Beck's Depression Inventory*, la *Beck's Hopelessness Scale*, il *Sadpersons*, la *Nurse's Global Assessment of Suicide Risk*. Alcuni autori indicano l'utilizzo di scale validate che misurano la gravità della sintomatologia depressiva a dimostrazione del fatto che la gravità dei sintomi depressivi è direttamente proporzionale al rischio suicidario e di commettere agiti autolesivi. L'utilizzo di tali scale permette da una parte di monitorare la patologia depressiva e dall'altro di rilevare precocemente la comparsa del rischio suicidario e la possibilità che si verificano agiti autolesivi. L'utilizzo di follow-up periodici viene indicato da 10 studi che tuttavia non ne indicano delle tempistiche precise. Nell'accertamento è importante riconoscere anche quali siano i fattori protettivi che possono impedire al paziente di commettere agiti autolesivi. I principali fattori protettivi sono: soddisfazione per la propria vita, comprendere che il suicidio non

risolve i problemi, la paura di umiliare i propri figli e le credenze religiose. L'individuazione di questi fattori è indicata da 4 studi e può essere molto importante poiché in essi il paziente riconosce le motivazioni per non commettere agiti autolesivi. Il riconoscimento del rischio suicidario permette all'infermiere di mettere in atto tutti gli interventi idonei a prevenire che si verifichino tali eventi.

Solo 4 studi si soffermano sulla valutazione del ricorso al ricovero ospedaliero durante la gestione del rischio suicidario e 3 studi prendono in considerazione la possibilità di gestire il paziente attraverso un ricovero day hospital. Alcuni studi ribadiscono l'importanza del ricovero ospedaliero nella fase acuta mentre uno sottolinea che esso sia necessario solamente a garantire la sicurezza del paziente ma non sia fondamentale come strumento terapeutico.

Durante la presa in carico è importante che le varie tappe del processo terapeutico vengano concordate con il paziente e che esso sia partecipe del processo clinico. All'interno di 4 studi emerge l'importanza di creare un'alleanza terapeutica con il paziente: lo sviluppo di tale alleanza è importante perché il paziente può in questo modo divenire protagonista del suo percorso di cura e imparare a gestire la patologia. Sarà possibile in questo modo che egli riconosca quando si presentano non solo esacerbazioni della patologia depressiva ma anche segnali di allarme per eventuali agiti autolesivi, sappia contattare il personale di riferimento e adotti delle strategie di coping interne per far fronte ai pensieri autolesivi. Durante la presa in carico del paziente, specialmente dopo una crisi suicidaria, è importante che vengano programmati con il paziente dei follow-up periodici e dei colloqui clinici telefonici. I follow-up permettono di valutare il paziente e monitorare l'eventuale comparsa di segni di aggravamento del disturbo depressivo e la comparsa di segnali premonitori di agiti suicidari. Alcuni dei segnali d'allarme più significativi sono: mancanza di volontà di vivere, depressione, impotenza, perdita/aumento di peso, agitazione psicomotorie, difficoltà di concentrazione, perdita di una persona significativa, cambiamenti nei ruoli di vita.

Il coinvolgimento di familiari, caregiver e volontari è molto importante perché molti pazienti in età geriatrica ricevono il supporto di una persona durante i momenti di vita quotidiana. Tra gli studi selezionati 8 sottolineano che l'infermiere dovrebbe educarli

e mostrare quali sono i segnali premonitori di una crisi suicidaria per poter prontamente allarmare i servizi di riferimento.

Numerosi studi prendono in considerazione la necessità di assicurare sicurezza ambientale al paziente a rischio suicidario. Tra gli studi selezionati 7 sostengono che quando il paziente è ricoverato presso un'unità operativa ci si deve assicurare che non siano presenti mezzi letali accessibili al paziente. Tra gli studi inclusi 4 affermano che in relazione al rischio suicidario è importante che il paziente venga monitorato e che non venga mai lasciato solo e 1 studio sostiene l'importanza di un compagno di stanza. Allo stesso modo è importante che anche l'ambiente domestico sia sicuro: 5 studi sostengono che deve essere ridotto l'accesso ai mezzi letali quando il paziente è a domicilio (armi da fuoco, oggetti taglienti, funi). L'assunzione incongrua della terapia farmacologica può essere strumento di autolesionismo, soprattutto per i pazienti anziani che assumono numerosi medicinali. Per questo motivo 7 studi sostengono anche che la terapia farmacologica debba essere somministrata in modo cadenzato da un caregiver senza che venga lasciata a portata di mano del paziente.

5.2- Limiti dello studio.

Durante la stesura di questa revisione di letteratura sono stati riconosciuti diversi limiti. È stata rilevata una carenza di articoli che trattassero di interventi specifici che l'infermiere può mettere in atto per prevenire gli agiti autolesivi e il suicidio. Molti articoli prendono in considerazione pazienti pluripatologici che non presentano solo il disturbo depressivo maggiore, altri ancora prendono in considerazione pazienti con vari quadri patologici, tra i quali è presente anche il disturbo depressivo. Sono presenti numerose revisioni di letteratura che prendono in considerazione la prevenzione del suicidio ma poche che la considerano unicamente in relazione al punto di vista infermieristico. Inoltre, pochi studi si concentrano sulla gestione del paziente geriatrico a rischio suicidario, tenendo conto della complessità clinica che questi pazienti possono presentare. Numerosi studi trovati nelle banche dati valutavano l'efficacia delle scale di valutazione del rischio di commettere agiti autolesivi ma non venivano fornite informazioni sull'effettiva gestione infermieristica dopo la valutazione di tale rischio. Un altro limite emerso negli studi è la carenza di dati temporali precisi che i criteri temporali da usare per la rivalutazione del paziente. Ad

esempio, lo studio di Raue, Ghesquiere & Bruce indica di effettuare delle rivalutazioni periodiche ma non indica un dato temporale preciso. Inoltre, in alcuni studi vengono indicate delle domande guida da seguire durante un colloquio strutturato ma non vengono indicati i motivi che stanno alla base della scelta di tali domande. Nello studio di Butcher & Ingram vengono indicate delle potenziali domande da seguire durante un colloquio clinico ma non viene fornito il razionale della loro scelta. A questo riguardo della domanda “Nelle ultime 48 ore o 1 mese, ti sei sentito senza speranza riguardo al presente e/o al futuro?” indica prima 48 h e poi 1 mese. Questo lasso di tempo è troppo dilatato e non trova riscontro logico nel testo. Un ulteriore limite emerso sta nell’arco temporale 2012-2022 necessario per garantire risultati abbastanza recenti, ma che non ha permesso di includere articoli elegibili ma troppo vecchi. Per ricerche future è importante individuare con maggiore puntualità quali sono gli interventi che l’infermiere può mettere in atto per prevenire le condotte suicidarie e gli agiti autolesivi, migliorando l’assistenza infermieristica.

CAPITOLO VI- CONCLUSIONI

6.1- Conclusioni.

Dato l'aumento del numero della popolazione anziana in un prossimo futuro, l'importanza della valutazione e della prevenzione del rischio di suicidio nella popolazione anziana è fondamentale. (Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019). La tragedia del suicidio è infatti spesso prevenibile. L'identificazione dei fattori di rischio e lo screening per la depressione sono approcci efficaci per ridurre le morti per suicidio negli anziani. La prevenzione del suicidio non può essere limitata all'ospedale, alle cure primarie e alle strutture cliniche, ma deve piuttosto raggiungere le comunità e la cultura. (Butcher & Ingram, 2018). Poiché i pazienti più anziani che tentano il suicidio muoiono al primo atto suicidario, la raccolta di informazioni sui fattori di rischio può aiutare gli infermieri a prevedere il pericolo del suicidio (Wasserman, Rihmer, Rujescu, Sarchiapone, Sokolowski, Titelman, Zalsman, Zemishlany, Carli & European Psychiatric, 2012). L'età geriatrica è un'età complessa e influenzata da numerosi fattori (sociali, biologici, psicologici).

Con una maggiore ricerca e attenzione clinica allo screening e al trattamento della suicidalità, è possibile ridurre i tassi di ideazione e comportamento suicidario tra gli anziani insieme agli esiti negativi per la salute ad esso associati. (Raue, Ghesquiere & Bruce, 2014). Quando un paziente anziano accede alle strutture sanitarie deve essere valutato a 360° da un punto di vista biopsicosociale e non solo in base alla motivazione che lo ha portato ad accedere e usufruire dei servizi sanitari.

6.1.1 Implicazioni per la pratica clinica.

La ricerca effettuata attraverso questa revisione bibliografica ha permesso di evidenziare quanto il problema del fenomeno suicidario e il rischio di commettere agiti autolesionistici da parte dei pazienti anziani sia sempre presente. Tali problematiche devono essere affrontate e valutate dal personale sanitario. In seguito a questo lavoro di revisione di letteratura è risultato evidente che per prevenire il fenomeno suicidario e gli agiti autolesivi è necessario non solo individuare i pazienti geriatrici a rischio ma anche costruire una relazione terapeutica con il paziente. Dato che la maggior parte dei pazienti in età geriatrica ha una maggiore affluenza ai servizi sanitari e si interfaccia

sempre di più con il personale infermieristico di numerosi ambiti clinici è bene che esso sia maggiormente ricettivo nei confronti dei pazienti a rischio.

All'interno dei contesti di area critica, in particolar modo di pronto soccorso capita spesso che possano accedere alle realtà cliniche pazienti che abbiano messo in atto agiti autolesivi o che abbiano tentato il suicidio. È bene che sin dalle fasi iniziali della presa in carico clinica siano accertate non solo le condizioni fisiche del paziente ma anche le condizioni psichiche, insieme alle motivazioni che lo hanno portato a mettere in atto gli agiti autolesivi. Per questo motivo anche gli infermieri di area critica dovrebbero essere maggiormente sensibilizzati all'utilizzo di scale validate e a mettere in atto precocemente strategie di gestione clinica adeguate. In questo modo le probabilità che il paziente possa replicare tali agiti anche durante la degenza in unità operative come il pronto soccorso potrebbero risultare ridotte.

La raccomandazione ministeriale n° 4 "*Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*" emanata dal Ministero della Salute nel 2008 rappresenta uno strumento guida per la prevenzione del suicidio nei contesti ospedalieri, soprattutto quelli a maggiore rischio come Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza e gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

Le strategie preventive devono essere attuate sin da subito durante la presa in carico del paziente. Deve essere eseguito un accertamento accurato con un'anamnesi completa che valuti in rischio di suicidio ponendo particolare attenzione ai pazienti più fragili. È importante che venga accertata: la storia clinica, le caratteristiche anagrafiche e socioculturali, le condizioni cliniche del paziente. Deve essere condotto un esame obiettivo che permetta di cogliere segnali premonitori di una crisi. Inoltre, è molto importante che il paziente venga adeguatamente monitorato e che si stabiliscano vari livelli di osservazione clinica in relazione al rischio individuato.

Le unità operative dovrebbero essere rese sicure per tutti i pazienti, ma soprattutto per coloro che sono maggiormente a rischio, cercando di limitare al minimo l'accesso ai mezzi letali senza mai limitare le libertà del paziente.

Il rischio di suicidio è maggiore nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. Dunque, la presa in carico del paziente richiede un lavoro di équipe mirato con coinvolgimento dei diversi professionisti (a livello ospedaliero e

territoriale), una comunicazione adeguata tra operatori e pazienti, la prescrizione di terapie personalizzate e il coinvolgimento di volontari.

Dopo la dimissione deve essere garantito sia un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno ma anche l'integrazione con i servizi territoriali sociosanitari affinché venga fornito un supporto continuativo.

Una strategia efficace potrebbe essere rappresentata dalla stesura di protocolli operativi da parte delle Direzioni Aziendali e dell'implementazione delle raccomandazioni da parte delle strutture direttive sanitarie .

Purtroppo, attualmente non è stata stilata una raccomandazione per la prevenzione del suicidio nei contesti territoriali. Gli infermieri che operano sul territorio, come ad esempio gli infermieri dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), hanno la possibilità di conoscere in modo più completo non solo la storia clinica dei pazienti ma anche le realtà nei quali essi vivono. Con il passare del tempo possono imparare a conoscere il paziente e riconoscere al meglio eventuali variazioni nella sua vita. Il contesto territoriale permette di entrare a contatto con la vita del paziente calandosi direttamente dentro la quotidianità di ogni singolo assistito, al contrario di quanto avviene nell'Unità Operativa che rappresenta una zona grigia in cui il paziente non vive a pieno la sua quotidianità.

Si sta sviluppando in questi anni sempre di più la figura dell'infermiere di comunità e di famiglia. Questa figura professionale è, secondo la presidente della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) Barbara Mangiacavalli, “un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica”. Tale figura potrebbe rappresentare un punto di riferimento importante per i pazienti geriatrici e le loro famiglie sia nella gestione della patologia depressiva sia nella gestione del rischio suicidario. Assume notevole importanza lo sviluppo di questo tema per le ricerche future per garantire una maggiore sicurezza per i pazienti geriatrici e prevenire il verificarsi di eventi rischiosi per la loro salute.

6.1.2 Implicazioni per la ricerca.

Possono essere individuate alcune implicazioni per la ricerca. Sono necessari ulteriori studi che indichino con maggiore accuratezza quali sono gli interventi specifici da mettere in atto e quali sono le tempistiche per il monitoraggio del paziente. Sono

doverosi, inoltre, ulteriori studi che indaghino con maggiore puntualità quale ruolo ha l'infermiere nella prevenzione del suicidio. Non vengono individuate con unanimità quali scale di valutazione possono essere usate per la valutazione del paziente a partire dalle prime fasi della sua presa in carico e per tutta la sua durata. Vi è una mancanza di studi specifici che prendano in considerazione il campo d'azione della sola la figura infermieristica. Inoltre, dovrebbero essere individuati studi che valutino l'efficacia clinica degli interventi suggeriti. Un ulteriore suggerimento per la ricerca potrebbe essere la possibilità di indagare con maggiore precisione il ruolo infermieristico nella gestione del paziente sia nel contesto ospedaliero che nel contesto territoriale.

BIBLIOGRAFIA

- Aa, A. (2022). Management of self-harm, suicidal ideation and suicide attempts. *South African family practice: official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 64(1). <https://doi.org/10.4102/safp.v64i1.5496>
- Altamura, A. C., Cattaneo, E., Pozzoli, S., & Bassetti, R. (2006). Inquadramento diagnostico e gestione farmacologica della depressione senile. *Ital J Psychopathol*.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., & Ruiz, J. S. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.01.002>
- Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J. A., & Kakuma, T. (1999). Clinical Determinants of Suicidal Ideation and Behavior in Geriatric Depression. *Archives of General Psychiatry*, 56(11), 1048–1053. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.11.1048>
- Alexopoulos, G. S., Reynolds III, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., Oslin, D. W., & Ten Have, T. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-Month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 882–890. Scopus. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121779>.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
- American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5. Ed. italiana a cura di Massimo Biondi, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric clinics of North America*, 36(4), 497–516.

Brooks, S. E., Burruss, S. K., & Mukherjee, K. (2019). Suicide in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.012>

Butcher, H. K., & Ingram, T. N. (2018). Evidence-Based Practice Guideline: Secondary Prevention of Late-Life Suicide. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(11), 20–32. <https://doi.org/10.3928/00989134-20180907-01>

Casey, D. A. (2017). Depression in Older Adults. Primary Care: Clinics in Office Practice, 44(3), 499–510. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>

Carlson, W. L., & Ong, T. D. (2014). Suicide in Later Life: Failed Treatment or Rational Choice? *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 553–576. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.009>

Dennis, M., Simon Thomas, E., Okolie, C., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>

Dines, P., Hu, W., & Sajatovic, M. (2014). Depression in Later-life: An Overview of Assessment and Management. *Psychiatria Danubina*, 26 Suppl 1, 78–84.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Fuster, V. (2017). Changing Demographics: A New Approach to Global Health Care Due to the Aging Population. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(24), 3002–3005. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.013>

Garand, L., Mitchell, A. M., Dietrick, A., Hijjawi, S. P., & Pan, D. (2006). SUICIDE IN OLDER ADULTS: NURSING ASSESSMENT OF SUICIDE RISK. *Issues in mental health nursing*, 27(4), 355–370. <https://doi.org/10.1080/01612840600569633>

Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2022). Suicidal Ideation. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Holm, A. L., Salemonsén, E., & Severinsson, E. (2021). Suicide prevention strategies for older persons—An integrative review of empirical and theoretical papers. *Nursing Open*, 8(5), 2175–2193. <https://doi.org/10.1002/nop2.789>

I, S. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(3). <https://doi.org/10.1177/070674371405900304>

Istat. Annuario statistico italiano 2021. (2022, marzo 16).

Jeong, H., Nam, B., Jo, S.-J., Lee, W.-C., & Yim, H. W. (2020). Clinical Usefulness of the Geriatric Depression Scale to Identify the Elderly at Risk of Suicide. *Psychiatry Investigation*, 17(5), 481–486. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0299>

Laks, J., & Engelhardt, E. (2010). Peculiarities of geriatric psychiatry: a focus on aging and depression. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(6), 374–379. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00196.x>

Lehmann, S. W., Hemming, P., Rios, R., & Meriden, Z. (2017). Recognizing and Managing Geriatric Depression: A Two-Part Self-Learning Module Set. *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 13, 10537. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10537

Lewis, D. S., Anderson, K. H., & Feuchtinger, J. (2014). Suicide prevention in neurology patients: Evidence to guide practice? *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 46(4), 241–248. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000062>

Lohman PhD, M. C., Raue PhD, P. J., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2016). Reducing Suicidal Ideation in Home Health Care: Results from the CAREPATH

Depression Care Management Trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(7), 708–715. <https://doi.org/10.1002/gps.4381>

Ministero della Salute (2008). Raccomandazione Ministeriale n° 4: Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.

Matias, A. G. C., Fonsêca, M. de A., Gomes, M. de L. de F., & Matos, M. A. A. (2016). Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (São Paulo)*, 14(1), 6–11. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>

Obuobi-Donkor, G., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2021). Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population—A General Review of Literature. *Behavioral Sciences*, 11(11), 142. <https://doi.org/10.3390/bs11110142>

Punttil, C., York, J., Limandri, B., Greene, P., Arauz, E., & Hobbs, D. (2013). Competency-based training for PMH nurse generalists: Inpatient intervention and prevention of suicide. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(4), 205–210. <https://doi.org/10.1177/1078390313496275>

Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Current psychiatry reports*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>

Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L., & Oquendo, M. A. (2012). Can We Really Prevent Suicide? *Current psychiatry reports*, 14(6), 624–633. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0318-3>

Sakashita, T., & Oyama, H. (2019). Developing a Hypothetical Model for Suicide Progression in Older Adults with Universal, Selective, and Indicated Prevention Strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 161. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00161>

Sellin, L., Kumlin, T., Wallsten, T., & Wiklund Gustin, L. (2018). Caring for the suicidal person: A Delphi study of what characterizes a recovery-oriented caring

approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1756–1766.
<https://doi.org/10.1111/inm.12481>

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Umberto Senin, Maria Cristina Polidori, Antonio Cherubini, Patrizia Mecocci
Paziente Anziano - Paziente Geriatrico - Medicina Della Complessità Fondamenti di Gerontologia e Geriatria – Quarta edizione. EdiSES Università S.r.l. – Napoli ,2020.

Van Orden, K., & Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: Current status and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 22, 79–83.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.033>

Vannoy, S., Park, M., Maroney, M. R., Unützer, J., Apesoa-Varano, E. C., & Hinton, L. (2018). The perspective of older men with depression on suicide and its prevention in primary care: Implications for primary care engagement strategies. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(5), 397–405.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000511>

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V., & European Psychiatric Association. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(2), 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>

World Health Organization (WHO). *Assemblea Mondiale della Sanità*, 73 . (2020). Decennio dell'invecchiamento in buona salute: la strategia globale e il piano d'azione su invecchiamento e salute 2016–2020: verso un mondo in cui tutti possano vivere una vita lunga e sana: relazione del Direttore Generale.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/355618>

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization

Zia, B., Heisel, M. J., Peckham, S. B., & Rosen, S. (2020). A Psychometric Assessment of the Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-5) and Geriatric Suicide Ideation Scale-Screen (GSIS-screen) in Middle-Aged and Older Men. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 46–60. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1656695>.

SITOGRAFIA

World Health Organization , *Depression*. Ultima consultazione: 31/10/2022,

Indirizzo web: <https://www.who.int/health-topics/depression>

World Health Organization (2021) , *Depression*. Ultima consultazione: 31/10/2022

Indirizzo web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization, (2017), *Mental health of older adults*. Ultima consultazione 31/10/2022

Indirizzo web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Istat, (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Ultima consultazione: 31/10/2022

Indirizzo web: <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

EpiCentro. *Depressione tra gli anziani*. Ultima consultazione 31/10/2022

Indirizzo web: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/depressione>

Eurostat, *Mental health and related issues statistics*. (2020). Ultima consultazione 14/07/2022

Indirizzo web:

https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics#Deaths_from_mental_and_behavioural_disorders.2C_Alzheimer.E2.80.99s_disease_and_intentional_self-harm

World Health Organization, *DEPRESSION: A Global Crisis World Mental Health Day*, (2012). Ultima consultazione 31/10/2022

Indirizzo web:

<https://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDday%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf>

National Institute of Mental Health (NIMH). Suicide. (2022). Ultima consultazione 31/10/2022,

Indirizzo web: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG). Quando si diventa “anziani”? (2018). Ultima consultazione: 31/10/2022.

Indirizzo web: https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf

World Health Organization (WHO), Ageing and health. (2021). Ultima consultazione: 31/10/2022,

Indirizzo web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI) L’infermiere. Nasce l’infermiere di famiglia/comunità: Ecco chi è e cosa farà. (2020, luglio 25). Ultima consultazione 31/10/2022,

Indirizzo web: <https://www.infermiereonline.org/2020/07/25/nasce-linfermiere-di-famiglia-comunita/>